Die private Krankenversicherung in Deutschland

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines Doktors
der wirtschaftlichen Staatswissenschaften

der

philosophischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Diplom-Volkswirt Albrecht Balzer

aus

Dortmund
Kuhstr. 15a

Tag der mündlichen Prüfung: 19. und 20. November 1931

Oderberg, Mark
Buchdruckerei Fritz Müller, Oderberg, Mark
1932.

Tüb. 198

Referent: Universitätsprofessor Dr. Hero Moeller
Dekan: Universitätsprofessor Dr. Hero Moeller

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Vorwort.

Die private Krankenversicherung, die es sich zur Aufgabe machte, der nichtversicherungspflichtigen Bevölkerung — dem Mittelstand — den durch die Behebung eines Krankheitszustandes entstehenden Vermögensschaden nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und Tarife zu ersetzen, konnte sich in Deutschland erst ab 1924 zu einem selbständigen und für die deutsche Volkswirtschaft wichtigen Versicherungszweig entwickeln.

Wenn auch die Gründungszeit vieler Gesellschaften weiter zurückliegt, so gelang es denselben doch nicht vor 1924 volkswirtschaftliche Bedeutung zu erringen. Der Grund hiefür ist für die Zeit vor 1914 in dem Wohlstand des für die private Krankenversicherung in Betracht kommenden Bevölkerungsteils, der die Ausgaben für Krankheitskosten zu Ausgaben von nur so geringfügiger Bedeutung stempelte, daß ein Versicherungsschutz nicht als zweckmäßig erschien, und für die Jahre von 1914 bis 1924 in den wirtschaftlichen Auswirkungen des Krieges und des ihm folgenden Verfalls der deutschen Währung, welche beide nahezu jede versicherungswirtschaftliche Tätigkeit unterbanden, zu suchen. Erst mit Festigung der Währung seit 1924 beginnt der Aufschwung der privaten Krankenversicherung, erst diese Zeit kann als die eigentliche Gründungszeit angesehen werden. Aber auch die folgenden Jahre konnten nicht für einen ruhigen Ausbau dieser Versicherungssparte verwendet werden, denn es zeigte sich bereits 1925 und 1926, daß man sich über die Höhe und den Umfang des eingegangenen Risikos getäuscht hatte. Leistungspolitik und Prämienpolitik standen nicht in Einklang zueinander und die Folge waren Krisen, die den ganzen neuerrichteten Bau aufs schwerste erschütterten. Die notwendig gewordenen Sanierungsmaßnahmen erstreckten sich bis zum Jahre 1927 und erst von da ab konnte die private Krankenversicherung zu ruhiger, zielbewußter Festigung und Weiterentwicklung schreiten.

Diese kurze Skizzierung der Entwicklungsgeschichte an dieser Stelle erwies sich aus dem Grunde als unumgänglich, als sie die Erklärung dafür liefert, weshalb sich die wissenschaftliche Forschung bis dato noch so wenig mit der pri-

vaten Krankenversicherung befaßt hat. Während nämlich für alle anderen Versicherungsarten von ähnlicher Bedeutung versicherungstechnische sowie wirtschafts- und rechtswissenschaftliche Abhandlungen in erheblichem Umfange zur Verfügung stehen, klafft hinsichtlich der Krankenversicherungsliteratur eine empfindliche Lücke. Die geringe Geschäftstätigkeit vor 1924, verbunden mit der außerordentlich geringen Zahl von Unternehmungen, machte es der Forschung unmöglich, sich mit dieser Materie zu beschäftigen. Die Erhebungsmasse, soweit sie überhaupt zur Verfügung gestellt wurde, war zu gering um exakte Ergebnisse liefern zu können. Als dann mit den Jahren 1924/25 die eigentliche Entwicklung begann und sich die Zahl der Gesellschaften vervielfachte, lehnten es letztere ab Material zur Verfügung zu stellen, denn sie befürchteten, daß dasselbe in erster Linie zu Konkurrenzzwecken verwendet würde. Diese Besorgnis ging sogar so weit, daß nicht einmal Geschäftsberichte und Bilanzen den Weg in die Oeffentlichkeit fanden. Die Krisenjahre 1925/26 konnten die Versicherer noch weniger zu einer Veröffentlichung ihrer Erfahrungen veranlassen, denn die Erfahrungen, die gemacht wurden, waren alles andere als günstig und konnten in den Händen von Nichtfachleuten zu einer gefährlichen Waffe gegen die Gesellschaften werden. Erst mit Beginn der Konsolidierungsperiode im Jahre 1928, beginnt sich die Fachliteratur mit Abhandlungen über Krankenversicherungsprobleme etwas zu beleben. Vor allem waren es Fachpresse (Neumanns Zeitschrift für Versicherungswesen, Deutsche Versicherungs-Zeitung usw.), Versicherungsjahrbücher (Neumanns Jahrbuch der Privatversicherung im Deutschen Reich) und Lexika (Manes, Versicherungslexikon), die begannen, Abhandlungen über Krankenversicherungsfragen und Bilanzen der größeren Gesellschaften zu veröffentlichen. Auch einzelne Broschüren erschienen, die aber allerdings eine umfassende Systematik auch nicht brachten und sich nur auf Teilfragen beschränkten.

Die vorliegende Arbeit konnte aus diesem Grunde nur mit sehr beschränktem Material durchgeführt werden, was die Bearbeitung des Themas außerordentlich erschwerte. Auch seitens der Gesellschaften und des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung war eine maßgebliche Unterstützung nicht zu erlangen. Erstere veranlaßte die Furcht vor der Konkurrenz zur Materialverweigerung und letzteres durfte ohne Einwilligung der Gesellschaften das Dienstgeheimnis nicht verletzen. Alle schriftlichen und mündlichen Versuche, die Gesellschaften von dieser Ansicht abzubringen, blieben erfolglos. Es

mußte auch die Erfahrung gemacht werden, daß eine nicht unerhebliche Zahl von Unternehmungen bis heute noch nicht die Geschäftsvorgänge, die zur Ermittlung des Risikos (Erkrankungswahrscheinlichkeit, Alters-, Berufs-, Geschlechtsrisiko usw.) Verwendung finden könnten, statistisch erfaßt. Selbst dort, wo der Wille zur Unterstützung vorhanden gewesen wäre, konnte somit eine solche mangels Material nicht gewährt werden. Die ursprüngliche Absicht des Verfassers, der Arbeit einen versicherungstechnischen Teil anzufügen, in welchem an Hand von Tabellen eingehende Untersuchungen über Erkrankungswahrscheinlichkeit, Beeinflussung des Risikos durch Alter, Beruf und Geschlecht des Versicherten, Aufteilung des Schadensbedarfes auf Leistungs- und Krankheitsarten vorgenommen werden sollten, mußte aus diesem Grunde zurückgestellt werden.

Wenn nachfolgend trotzdem der Versuch unternommen wurde, eine Entwicklungsgeschichte und Systematik der privaten Krankenversicherung zu bringen, so geschah dies einerseits um eine Lücke in der Krankenversicherungsliteratur auszufüllen und andererseits in der Erwartung, daß diese Arbeit die Anregung zu weiteren Abhandlungen und Untersuchungen geben möge. Bezüglich der Quellen mußte sich der Verfasser aus den eingangs erwähnten Gründen auf Abhandlungen in der Fachpresse, Fachbroschüren, einschlägige Gesetze und Verordnungen (Versicherungsaufsichtsgesetz, Versicherungsvertragsgesetz), Geschäftsberichte, Versicherungsbedingungen, Leistungstarife und Hauszeitungen der Gesellschaften und auf die geringen Angaben in Manes Versicherungslexikon beschränken. Das der Arbeit beigefügte Literaturverzeichnis gibt hierüber Aufschluß. Der Versuch, die englischen und amerikanischen Verhältnisse mit der deutschen Krankenversicherung in Vergleich zu bringen, scheiterte an einer Mitteilung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, derzufolge der Verein über eine diesbezügliche Literatur nicht verfügt.

Dortmund, März 1932.

Der Verfasser.

Seite

III. Teil:

Die Stellung der privaten Krankenversicherung im Staate und ihre Bedeutung für die deutsche Volkswirtschaft.

I. Kapitel: Staatsaufsicht
1. Zusammensetzung und Wirken der Aufsichtsbehörde 113
2. Reform der Aufsicht 118

II. Kapitel: Die Stellung der privaten Krankenversicherung zur staatlichen Krankenversicherung (Sozialversicherung)
1. Die Sozialversicherung als Konkurrentin der privaten Krankenversicherung 122
2. Expansionsbestrebungen der Sozialversicherung . 124
3. Die heutige Stellung der privaten Krankenversicherung zur Sozialversicherung 127

III. Kapitel: Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für die deutsche Volkswirtschaft
1. Die private Krankenversicherung als Erzieherin zum volkswirtschaftlichen Denken und als Verteilungsstelle von Kapitalgütern 128
2. Die Wirkung der privaten Krankenversicherung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung 130
3. Freiwillige Spartätigkeit und Sparzwang 132
4. Der Einfluß der privaten Krankenversicherung auf die Bevölkerungspolitik 132
5. Die private Krankenversicherung als Gesundheitsdienst für die Lebensversicherung 134

Anhang.

Tabelle A: Verzeichnis der Gesellschaften und Versicherungsvereine 137
Tabelle B: Verbandsgesellschaften des Dresdner Verbandes 140
Tabelle C: Verbandsgesellschaften des Leipziger Verbandes 141
Tabellen D: Geschäftsergebnisse der Gesellschaften in den Jahren
Versichertenbestand 1924—30 144
Einnahmen und Ausgaben 145
Reserven und ihre Gegenposten 146
Literaturverzeichnis 147

I. Teil

Entwicklungsgeschichte.

I. Kapitel.

Die Konjunkturperiode 1924/25.

1. Die Bedürfnisfrage.

Die 1924 aufgetretene Verarmung weiter Kreise des Mittelstandes ließ eine bis dahin unbedeutend gebliebene Versicherungsart in überraschendem Maße aufblühen: Die private Krankenversicherung. Wie immer, wenn eine neue wirtschaftliche Einrichtung Anklang finden soll, so war es auch hier das Auftreten eines wirtschaftlichen Bedürfnisses, das diesem zwar alten aber bisher der breiten Masse doch unbekannt gebliebenen Versicherungszweig Bedeutung erringen ließ. Durch den Krieg und noch mehr durch den von ihm ausgelösten Währungsverfall war die staatserhaltende und kulturell bedeutende Mittelschicht des deutschen Volkes verarmt. Während bis dahin die Ausgaben zur Behebung eines Krankheitszustandes aus eigenen Mitteln und ohne wirtschaftliche Gefährdung des von der Krankheit Betroffenen getragen werden konnten, bedeuteten sie nunmehr eine Belastung, die vom Einzelnen allein nicht mehr zu leisten war. Seitens des Staates und der privaten Versicherung war keine Hilfe zu erwarten. Ersterer bedurfte der Anspannung all seiner Mittel um den ihm aus der Sozialversicherung erwachsenden Anforderungen gerecht werden zu können und letztere mußte ihre ganze Kraft aufbieten um ihr durch die Inflation lahmgelegtes und teilweise sogar zerstörtes Geschäft wieder aufzubauen. Zudem war das Gebiet der privaten Krankenversicherung noch so unerforscht, das Risiko noch so unbestimmbar, daß es nur Laien wagen konnten, unter dem Schutze des Gegenseitigkeitsgedankens und in Unkenntnis des Versicherungswagnisses an die Lösung dieses Problems heranzugehen. So blieb der Mittelstand auf sich selbst angewiesen und mußte aus eigenen Kräften und mit eigenen Mitteln Fürsorgeeinrichtungen schaffen, deren Aufgabe es war, die Krankheitskosten, der diesen Einrichtungen angeschlossenen Personen aus gemeinsamen Mitteln aufzubringen.

Diesen Bestrebungen kam zu Gute, daß bereits an einigen Plätzen kleine, lokal begrenzte Krankenkassen und Unterstützungsvereine bestanden (z. B. Versicherungsanstalt ostdeutscher Handwerkskammern Berlin, gegründet 1910 — Kranken- und Sterbekasse für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende zu Braunschweig, gegründet 1902 — Südwestdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende zu Frankfurt a. M., gegründet 1893 — Leipziger Fürsorge für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe zu Leipzig, gegründet 1904 — Deutsche Kranken- und Lebensversicherung zu Hamburg-Altona, gegründet 1869), deren Versicherungsbedingungen und Leistungstarife als Grundlage zur Aufstellung der Geschäftspläne der neuen Gesellschaften dienen konnten. Teils wurden diese bereits vorstehend auszugsweise genannten Krankenversicherungsvereine reorganisiert, teils wurden Um- und Neugründungen vorgenommen; in allen Fällen aber war diese Neuorganisation derart einschneidender Natur, daß man mit Fug und Recht erst diese Zeit als die eigentliche Gründungszeit der modernen privaten Krankenversicherung ansehen kann. Die Entwicklung der privaten Krankenversicherung läßt sich somit auf folgende Formel bringen: Bis 1924 fehlte das Bedürfnis für einen Versicherungsschutz gegen Krankheitskosten nahezu vollständig, die bereits vor dieser Zeit bestehenden Unternehmungen verdankten ihre Entstehung rein berufsständischen Interessen und konnten keine volkswirtschaftliche Bedeutung erlangen; ab 1924 rapide Steigerung des Bedürfnisses bei der großen Masse der mittelständischen Bevölkerung, Ausbreitung der bestehenden kleinen Einrichtungen auf weite Gebietsteile und Bevölkerungsschichten und damit Umwandlung der Fürsorgeeinrichtungen in Versicherungsvereine, die bereits begannen ihre Geschäftspläne auf eine versicherungstechnische Grundlage zu stellen. Als Beweis für diese Behauptung mag die Tatsache gelten, daß vor 1924 dem Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung 6 Unternehmungen mit einer Versichertenzahl von 43 444 Personen und einer Gesamtprämie von ca. 2 Millionen RM unterstanden, während es bereits gegen Ende des gleichen Jahres annähernd 200 Gesellschaften, mit einer Versichertenzahl von 540 862 Personen und einer Gesamtprämie von 8 163 069,38 RM waren[1]).

[1]) O. Heinemann: „Krankenversicherung und Wirtschaft" (Deutsche Versicherungszeitung, Berlin, 68. Jahrgang Nr. 18 vom 15. Sept. 1927, S. 208).

2. Die Träger der Krankenversicherung.

Die in dieser Weise umorganisierten und neu entstandenen Krankenversicherungsgesellschaften verfolgten zwei Ziele. Die eine Gruppe wollte auch weiterhin den Krankenversicherungsschutz nur auf örtlich und beruflich eng begrenzte Mittelstandsteile ausdehnen, die andere Gruppe hingegen wollte der gesamten nichtversicherungspflichtigen Bevölkerung die Möglichkeit bieten sich gegen die Kosten eines Krankheitsfalles versichern zu lassen. Eigenartig jedoch ist, daß bei beiden Gruppen die Gründer und Förderer jeweils kleine Handwerker und Gewerbetreibende waren, daß sich der intellektuelle Mittelstand diesen Bestrebungen fernehielt. Der Grund hiezu mag in der Tradition des Handwerkers zu suchen sein, denn der Handwerker war zweifellos durch die fast gewerkschaftlich orientierte Erziehung in seiner Innung in stärkerem Maße geschult sich einem Ganzen unterzuordnen, er erfaßte eher und leichter den charitativen Gedanken eines gegenseitigen Zusammenarbeitens zur Bekämpfung der Not des Einzelnen. Leider waren diese Handwerker wohl über die Grenzen ihres Standes hinausragende Facharbeiter, aber weniger gute Kaufleute und überhaupt keine Versicherungsfachmänner, und so legte die anfängliche Zurückhaltung der zünftigen Versicherung und des intellektuellen Mittelstandes bereits den Keim zu den in den Jahren 1925 und 1926 auftretenden Krisen.

Vorerst allerdings erlebte die private Krankenversicherung einen fast beispiellosen Aufschwung. Der Mittelstand griff mit beiden Händen nach dieser Möglichkeit, sich vor unliebsamen und unvorhersehbaren Ausgaben zu schützen und die regsameren Gesellschaften nahmen einen Aufschwung, wie ihn die Versicherungsgeschichte nur selten zu verzeichnen hat.

Besonders fördernd hat sich auch der Umstand ausgewirkt, daß in dieser Zeit das Krankenversicherungsgeschäft nur in den Händen von Gegenseitigkeitsvereinen ruhte, denn durch diese Gesellschaftsform war der Versicherungscharakter verschleiert und gegen die Versicherungsgesellschaften auf rein kapitalistischer Grundlage war, infolge des durch die Inflation verursachten teilweisen Verlustes der bisher erworbenen Versicherungsansprüche, ein Vorurteil entstanden. Bei den Gegenseitigkeitsvereinen, die als oberste Souveräne die Mitgliederversammlungen festsetzten, glaubte man seine Rechte besser gewahrt und gesichert, wie bei den Aktiengesellschaften. Die Propaganda der Vereine sorgte dafür, daß dieser Unter-

schied der breiten Masse der Bevölkerung genügend eingehämmert wurde, denn man rückte immer wieder die Tatsache in den Vordergrund, daß man das Krankenversicherungsgeschäft nicht des Erwerbes willen, sondern aus rein ideellen Gründen betreibe.

Die Gesellschaften, die in überaus kurzer Zeit Hunderttausende versichern konnten, den Begriff: „Private Krankenversicherung" in alle Schichten des Mittelstandes trugen und als die Vorläufer der heute bestehenden großen Aktiengesellschaften mit Millionen Kapital angesehen werden können, waren:

1. „Barmenia", Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte, V. a. G. Barmen.
2. „Debeka", Deutsche Beamten-Krankenversicherung V. a. G. Koblenz.
3. „Leipziger Fürsorge", Versicherungsanstalt für Beamte und freie Berufe V. a. G. Leipzig.
4. Nordwestdeutsche Versicherungsanstalt für Handwerk und Gewerbe V. a. G. Hamburg.
5. Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G. Regensburg.
6. „Selbsthilfe", Krankenversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G. Breslau.
7. Versicherungsanstalt der sächsischen Gewerbekammern V. a. G. Dresden.
8. „Vohk", Versicherungsanstalt ostdeutscher Handwerkskammern V. a. G. Berlin.
9. Westdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker, Kaufleute und Gewerbetreibende V. a. G. Dortmund.

Die übrigen bereits bestehenden Versicherungsvereine blieben, wie bereits erwähnt, von geringer Bedeutung, denn sie beschränkten ihr Geschäftsgebiet nur auf einzelne Berufsgruppen und Gebietsteile.

3. Geschäftsentwicklung in den Jahren 1924/25.

Neben der Bedürfnisfrage waren es vor allem auch die außerordentlich niederen Prämien und hohen Leistungen der ersten Leistungstarife, die der privaten Krankenversicherung

die Wege ebneten. Grundsätzlich kann man sagen, daß die damaligen Prämien durchschnittlich um die Hälfte niederer und trotz dessen die Leistungen um ein gutes Drittel höher waren als heute. Diese Tatsache konnte man nicht nur bei den großen Gesellschaften, die alle Schichten des Mittelstandes versicherten, beobachten, wie beispielsweise bei der Deutschen Beamten-Krankenversicherung[2]), der Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G., Sitz Regensburg[3]) und der „Selbsthilfe", Krankenversicherung für den Mittelstand, Breslau (hat in der Zwischenzeit mit zwei

---

[2]) „Debeka", Deutsche Beamten-Krankenversicherung, Coblenz

Tarif vom 1. Juni 1925, Klasse IV:

Monatsprämie:

Mann, Frau, Anverwandte, Kinder über 18 Jahre . RM 3,50
Kinder unter 18 Jahren . . . . . RM 1.50

Versicherungsleistungen:

Aerztliche Behandlung und Operationen 100%
Röntgen-, Licht-, Heißluft- und sonstige Heilbehandlung . . . . . bis zum dreifachen Mindestsatz der Adgo.
Arzneien und Heilbäder . . . 100%
Krankenhausbehandlung . . . 100% bis zu 4 RM täglich.

Tarif vom 1. Januar 1929, Klasse IV:

Monatsprämie:

Eintrittsalter	Männer	Frauen	Kinder bis 18 J.
bis 45 Jahr	M. 5.—	M. 6.—	M. 2.—
46—50 J.	M. 5.50	M. 6.50	
51—55 J.	M. 6.—	M. 6,50	
56—60 J.	M. 6.50	M. 7.—	

Versicherungsleistungen:

Arztkosten:

Consultation	bis M. 2.—	= 100% der Rechnung
Consultation	über M. 2.—	= 80% bis M. 3,75
Arztbesuch	bis M. 4.—	= 100% der Rechnung
Arztbesuch	über M. 4.—	= 80% bis M. 7,50
Nachtbesuch	bis M. 4.—	= 100% der Rechnung
Nachtbesuch	über M. 4.—	= 80% bis M. 22.50

Aerztl. Sonderleistungen 80% des 2fachen Mindestsatzes d. Adgo.
Arzneien 100%
Krankenhausbehandlung M. 4.— täglich.

[3]) Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G., Sitz Regensburg

Tarif vom 1. Januar 1924:

Monatsprämie:

Männliche Versicherte	M. 2.—
Weibliche Versicherte	M. 2.—
Kinder bis zum 14. Lebensjahr	Beitragsfrei

Versicherungsleistungen:

Arztkosten	100%
Arzneikosten	100%
Krankenhauskosten	3. Klasse des Krankenhauses

Kinder bis zum 14. Lebensjahr hievon 75%.

anderen Krankenversicherungsgesellschaften, der „Gedevag" und der „Kosmos" fusioniert[4]), sondern auch bei den kleinen Versicherungsvereinen, die nur ihr Geschäftsgebiet auf gewisse Berufsklassen beschränkten, wie beispielsweise bei der

---

Tarif vom 1. Juli 1927:

Monatsprämie:

Männliche Versicherte	M. 4.—
Weibliche Versicherte	M. 5.—
Jedes Kind bis zum 14. Lebensjahr	M. 1.—

Versicherungsleistungen:

Arztkosten:

Aerztliche Beratung	M. 2.—
Aerztlicher Besuch	M. 4.—
Aerztlicher Nacht-, Eil- oder Sonntagsbesuch	M. 6.—

Aerztliche Sonderleistungen:
Diese werden mit dem einfachen Mindestsatz der ärztlichen Gebührenordnung (Adgo) vergütet.

Arzneikosten	75%
Krankenhauskosten:	pro Tag M. 4.—

Kinder unter 14 Jahren erhalten hievon 75% mit Ausnahme der Arzneikosten.

[4]) „Selbsthilfe" Krankenversicherung für den Mittelstand, Breslau

Tarif vom Jahre 1925:

Monatsprämie:

Hauptversicherte	M. 2,50
Anschlußversicherte	M. 2,50
Kinder zusammen	M. 2,50

Versicherungsleistungen:

Arztkosten:
80% der anfallenden Kosten (auch für ärztliche Sonderleistungen) ohne Einschränkung bezüglich der Einzelsätze

Arzneikosten	80%
Krankenhauskosten	80% der Kosten

Tarif vom 14. Juli 1927:

Monatsprämie:

Männliche Versicherte bis 50 J.	M. 4.—
Weibliche Versicherte bis 45 J.	M. 7.50
Männliche Versicherte über 50 J.	M. 5.—
Weibliche Versicherte über 45 J.	M. 9,50
Für das erste Kind	M. 3.50
Für das zweite Kind	M. 3.50
Für das dritte Kind	M. 3.—
Für jedes weitere Kind	M. 2.—

Versicherungsleistungen:

Arztkosten:

Aerztliche Beratung	70% bis M. 3,10
Aerztlicher Besuch	70% bis M. 5,20
Aerztlicher Nachtbesuch	70% bis M. 15,70
Arzneien:	70%
Krankenhauskosten:	Pro Tag bis M. 6.—

Versicherungsanstalt des Bayerischen Gewerbebundes, München[5]). Die Prämien erhöhten sich bei der Deutschen Beamten-Krankenversicherung in der Hauptklasse, den Versicherten bis zum 45. Lebensjahr, um rd. 57 Prozent, bei der Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt um mehr als das Doppelte, bei der „Selbsthilfe" um 80 Prozent und bei der Versicherungsanstalt des Bayerischen Gewerbebundes um ebenfalls 80 Prozent. Im Gegensatz zu diesen Prämienerhöhungen mußten die Versicherungsleistungen und vor allem hier die wesentlichsten Leistungen: Arzt- und Arzneikosten sehr stark reduziert werden. Bei der Deutschen Beamten-Krankenversicherung finden wir eine Leistungsreduzierung von rund einem Drittel, bei der Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt eine solche von mehr als einem Drittel, bei der „Selbsthilfe" eine solche von nahezu 50 Prozent (man muß berücksichtigen, daß hier außer der Reduzierung des Vergütungs-Prozentsatzes auch noch eine Begrenzung der Einzelleistung erfolgte) und bei der Ver-

---

[5]) Versicherungsanstalt des Bayerischen Gewerbebundes, München

Tarif vom 1. April 1925:

Monatsprämie:

Vollversicherte	M. 3.—
Familienversicherte einschließlich der Kinder	M. 2.—

Versicherungsleistungen:

Arztkosten:

- Vollversicherte 100% des Rechnungsbetrages (einschl. Sonderleistungen)
- Familienversicherte 80% des Rechnungsbetrages (einschl. Sonderleistungen)

Arzneikosten:

- Vollversicherte 100%
- Familienversicherte 80%

Krankenhauskosten:

- Pro Tag M. 4.—

Tarif vom 1. Oktober 1928:

Monatsprämie:

Männliche Versicherte	M. 4.—
Weibliche Versicherte	M. 5.—
Kinder	Beitragsfrei

Versicherungsleistungen:

Arztkosten:

- Aerztliche Beratung M. 2.— (Spezialarzt 3)
- Aerztlicher Besuch M. 4.— (Spezialarzt 5)
- Aerztlicher Nachtbesuch M. 6.— (Spezialarzt 7)
- Kinder erhalten hieraus 70%
- Sonderleistungen werden mit dem einfachen Mindestsatz der Adgo vergütet.

Arzneikosten: 100% (Kinder 70%)

Krankenhauskosten: Pro Tag 5.—

sicherungsanstalt des Bayerischen Gewerbebundes wieder eine solche von mehr als einem Drittel.

Diese Aenderung der Prämien- und Leistungspolitik wie wir sie bei den als Beispiel herangezogenen Gesellschaften gefunden haben, kann man bei fast allen anderen Krankenversicherungsunternehmungen beobachten. Nur ganz wenige Gesellschaften änderten ihre Tarife nicht und dies ist darauf zurückzuführen, daß dort von aller Anfang an einigermaßen ausreichende Sätze bestanden, wodurch sich eine Aenderung als unnötig erwies. Als Beispiel hiefür mag die „Leipziger Fürsorge" gelten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die private Krankenversicherung in der ersten Zeit, in den Jahren 1924 und 1925, mit außerordentlich günstigen Tarifen arbeitete. Nachdem das Risiko die ganzen Jahre hindurch das gleiche blieb, mußte diese Politik, die zwar die Einführung des Krankenversicherungsgedankens sehr begünstigte, die verhängnisvollsten Folgen zeitigen.

II. Kapitel.

Die Konsolidierungsperiode.

1. Verfall.

Gegen die Mitte des Jahres 1925 bereits machten sich die ersten Anzeichen bemerkbar, daß man bei dem Aufbau der privaten Krankenversicherung einen zu großen Optimismus gezeigt hatte. Das ursprünglich der Kalkulation zu Grunde gelegte Risiko schien nunmehr mit einem Male ein ganz anderes geworden zu sein, die von den Versicherern den Versicherten gegenüber übernommenen vertraglichen Leistungsverpflichtungen ließen sich in keinen Einklang mehr zur Prämien-Einnahme bringen.

Noch weit davon entfernt, den Grund hiefür in der verfehlten Prämien- und Leistungspolitik der ersten Jahre zu suchen, bemühte man sich, die Ursachen dieses Mißverhältnisses zwischen Einnahmen und Ausgaben außerhalb zu finden.

Als erste Ursache stellte man eine Ueberforderung seitens der Versicherten fest. Die Gesellschaften machten ihren Versicherten den Vorwurf, daß sie mit dem Abschluß des Versicherungsvertrages eine gänzlich andere Stellung zum Arzt einnehmen würden, wie sie es vorher getan hätten. Während

der Arzt früher nur in Fällen äußerster Not gerufen wurde, würde er heute ohne jeden Anlaß consultiert und das noch dazu in einem Maße, daß ein solches Verhalten stark an Versicherungsbetrug grenze. In die Leistungstarife wäre nur das objektive Risiko — die Erkrankungswahrscheinlichkeit — einkalkuliert, aber nicht das subjektive Risiko, der Erkrankungswille des Versicherten. In den von Gesellschaften herausgegebenen Vereinszeitungen und Nachrichtenblättern wurden die Versicherten ermahnt, von ihren übertriebenen und unberechtigten Ansprüchen Abstand zu nehmen, denn sonst könne von den Versicherungen nicht die Gewähr übernommen werden, daß unter den gleichen Bedingungen wie bisher der Versicherungsschutz auch weiterhin zu leisten sei[1]). Die Inanspruchnahme der Versicherungen mußte in

---

[1]) Mitteilungen an die Mitglieder (Bayer. Lehrerzeitung, Jahrgang 1925, Nr. 47)

„...Darum unsere Mahnung:

1. Zahlet eure Beiträge pünktlich;
2. Nehmt die Krankenhilfe nicht über Gebühr in Anspruch und geht nicht bei jeder Geringfügigkeit zum Arzt.
3. Bedenkt, daß alles, was ihr durch übertriebene Anforderungen aus der Kasse herauszuholen versucht, von eurem Eigenen genommen wird, da ja ihr alle Mitbesitzer des Vereinsvermögens und der Einrichtungen unseres Vereins seid."

Reichsbahnbeamten Krankenversorgung, Bezirksleitung Frankfurt a. M., Rundschreiben an die Mitglieder vom 28. 10. 26:

„An unsere Mitglieder! Bei Gründung der R. K. V. haben wir durch das Amtsblatt der R. B. D. an alle Mitglieder die Mahnung gerichtet, bei Inanspruchnahme der Leistungen Maß zu halten und dadurch zur Erhaltung und Stärkung der Einrichtung beizutragen.

Die Mahnung ist von dem größten Teil der Mitglieder nicht beachtet worden. Die Anforderungen an die Kasse waren äußerst stark. Seit August überschreiten die monatlichen Ausgaben die Einnahmen. Wenn sich nunmehr nicht alle Mitglieder die äußerste Beschränkung auferlegen, werden in nächster Zeit entweder die Leistungen der Kasse herab- oder die Mitgliedsbeiträge heraufgesetzt werden müssen."

Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt f. d. Mittelstand, Sitz Regensburg, Vereinszeitung vom 1. 5. 26:

„..Es geht aber nicht an, daß, wie von vielen Aerzten uns mitgeteilt wird, die Patienten die Aerzte mit Kleinigkeiten überlaufen und unsinnige, jeder Vernunft hohnsprechende Ansinnen an Arzt und Apotheken stellen, von dem Grundsatz ausgehend: „Ich bin ja bei einer Krankenkasse!, da kann ich mir das leisten". Es gibt leider eine gewaltige Anzahl von Kassenschinder, die unter allen möglichen und unmöglichen Vorwänden, zugleich mit der Beitragsquittung prompt jeden Monat ihre Rechnung in Höhe eines vielfachen Betrages präsentieren und sofort schreien und toben, mit Gericht und sonstigen Repressalien drohen, wenn ihre Wünsche nicht sofort erfüllt werden."

der Tat eine ungewöhnlich große gewesen sein, denn sonst hätten sich die Gesellschaften nicht zu derart gravierenden Anschuldigungen in den Vereinszeitungen hinreißen lassen. Diese Vorwürfe mußten die Versicherten verletzen und ein solcher Schritt konnte nur gewagt werden, wenn berechtigte Interessen gewahrt werden mußten. Es darf nicht verkannt werden, daß die Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung den Gesundungswillen des Versicherten schwächt, denn das Bewußtsein, gegen die finanziellen Auswirkungen einer Krankheit gesichert und versichert zu sein, veranlaßt nicht nur ängstliche Personen den Arzt über den Rahmen des Notwendigen hinaus in Anspruch zu nehmen, sondern kann auch bei Gesunden den Wunsch nach einer vorbeugenden Gesundheitspflege entstehen lassen. Wenn auch die reine Simulation nur sehr vereinzelt vorgekommen sein mag, so konnte und kann man doch häufiger mit Aggravation — der bewußten oder unbewußten Uebertreibung und Ueberschätzung eines Krankheitszustandes — rechnen. Daß solche Fälle vorgekommen sein mögen ist als sicher anzunehmen.

Als zweite Ursache für das entstandene Mißverhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben stellten die Gesellschaften eine Ueberforderung seitens der Aerzteschaft fest. Begründet wurde die Ansicht damit, daß es eine Ueberforderung bedeute, wenn der Arzt in allen Fällen die höchsten, in der Privatpraxis üblichen, Liquidationssätze berechne. Während der Arzt früher beispielsweise von einem minderbemittelten Patienten für einen Besuch 3 oder 4 Mark verlangt habe, liquidiere er nunmehr im Vertrauen auf die Leistungsfähigkeit und Kapitalstärke der Versicherung 6 und 8 Mark und auch noch sogar darüber. Für den Arzt, der seine Honorarsätze nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Patienten festsetzen müsse, gäbe es keine Differenzierung seiner Patienten mehr, sondern nur mehr Versicherte, denen gegenüber er die höchsten Sätze anwenden könne. Außerdem führten die Gesellschaften darüber Klage, daß seit dem Auftreten der privaten Krankenversicherung die Behandlungsgründlichkeit Ausmaße angenommen habe, daß man schon von einem Ueberlaufen der Kranken sprechen müsse. Für Erkrankungen, für welche sonst der Arzt 5 oder höchstenfalls 10 Besuche als notwendig erachtete, wären nun 20 oder 30 Besuche nötig. Eine derartige Ueberhandnahme der ärztlichen Tätigkeit wäre in die Leistungstarife nicht einkalkuliert und müsse zum Ruin der Versicherung führen. Wie bezüglich der Ueberforderung seitens der Versicherungsnehmer,

so nahmen die Gesellschaften auch gegen die Ueberforderung seitens der Aerzte in den Vereinszeitungen Stellung[2]).

Daß Fälle von Ueberforderung vorgekommen sind, steht fest. Auch in Aerztekreisen wurde dieses bedauerliche und mit der Ethik des ärztlichen Standes nicht zu vereinbarende Verhalten einzelner Aerzte zugegeben[3]). Allerdings dürfte es fraglich gewesen sein, ob diese Ueberforderung derartige Ausmaße angenommen hat, daß die Gesellschaften zu solchen öffentlichen Entgegnungen berechtigt waren.

Ausgesprochene Betrugsversuche dürften sicherlich selten gewesen sein, doch unbewußte Unterstützung der Versicherungsansprüche der Versicherten seitens des Aerztes lag im Bereich des Möglichen. Man denke nur an solche Fälle, in denen der Arzt, durch unkonkrete Atteste den vielleicht unsicheren Anspruch des Versicherten in einen sicheren Anspruch umzuwandeln vermag, und man wird zugeben müssen, daß solche Vorkommnisse denkbar sind. Es braucht noch lange nicht die Absicht bestehen, einen Versicherungsbetrug zu unterstützen, sondern in den meisten Fällen wird der Arzt sich der Folgen seiner Handlung gar nicht bewußt gewesen sein.

Es soll durchaus nicht bezweifelt werden, daß die Gesellschaften von einer sehr starken Inanspruchnehme seitens ihrer Versicherten und der Aerzteschaft sprechen konnten. Zumindest fraglich ist aber, ob diese übermäßige Inanspruchnahme das Risiko zu verändern im Stande war bzw. ob sie nicht auf die Großzügigkeit der Leistungstarife, welche im Hinblick auf die niederen Prämien ein Ueberangebot von

---

[2]) **Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt f. d. Mittelstand, Regensburg, Vereinszeitung vom 1. 11. 25:**

„Bekanntmachung! Verschiedene Aerzte halten es für gut, für Mitglieder unserer Kasse horrende Rechnungen zu stellen. Aus diesem Grunde sehen wir uns gezwungen, für die Hauptverwaltungsbezirke Regensburg und München ab 1. November 1925 je einen Vertrauensarzt zu stellen, der die Beurteilung der eingereichten Rechnungen der Aerzte vornimmt. Unsere Kasse ist ein Mittelstandsfürsorgeinstitut und können wir auch verlangen, daß im Rahmen der Vermögensverhältnisse des Mittelstandes Rechnung erstellt wird. Es ist dies eine Art der Selbsthilfe im Interesse unserer Mitglieder. Zukünftig vergüten wir nur noch die Rechnungsbeträge, die von unseren Vertrauensärzten anerkannt sind."

[3]) **Mittelstandsversicherungen (Bayerisches Aerztliches Korrespondenzblatt, München 24. Jahrgang vom 2. Okt. 1926, S. 476).**

„. . . leider ließen sich einzelne Aerzte dazu verleiten, die Versicherungen auszubeuten, nur zum Schein erhöhte Liquidationen zu stellen, unrichtige Bescheinigungen abzugeben — kurz: unmoralische Handlungen zu begehen."

Versicherungsleistungen entstehen ließen, zurückzuführen ist, d. h. ob sie nicht etwa durch eine allgemeine Unterschätzung des Risikos entstand.

Ehe diese Frage untersucht werden soll, erscheint es nötig, zuerst Grundsätzliches über die Ermittlung des Risikos zu sagen[4]).

Um zu erkennen, welche Prämie in der Krankenversicherung verlangt werden muß, ist in erster Linie festzustellen, wie groß die Erkrankungshäufigkeit in Mittelstandskreisen ist. Genaue und jahrelange Statistiken ergeben den Prozentsatz der jährlich Kranken, mit welcher durchschnittlichen Krankheitsdauer gerechnet werden muß und wie hoch die durchschnittlichen Kosten eines Krankheitsfalles sind. Da die Krankenversicherung nicht einen gewissen Prozentsatz der Gesamtkosten eines Krankheitsfalles vergütet, sondern Leistungsgrenzen für die einzelnen Leistungsarten, wie reine Arztkosten, ärztliche Sonderleistungen, Heilmittel, Krankenhausbehandlung, Operationskosten usw. festsetzt, benötigt sie noch die Aufteilung der Kosten eines Krankheitsfalles auf diese Leistungsarten. Mit anderen Worten: Es muß bekannt sein, wie groß die jährliche Ausgabe eines Mannes bzw. einer Frau für ärztliche Behandlung, Heilmittel, Operationen und dergl. ist.

Weiterhin ist zu untersuchen, welcher Art die Mittelsätze dieser Ausgaben sind, was beispielsweise der Arzt für eine Consultation, einen Besuch rechnet, was durchschnittlich eine Operation kostet, welche Verpflegekosten pro Tag in einem Krankenhaus berechnet werden und dergleichen mehr.

Hat man diese Statistiken zur Verfügung, so kann man daraus die Höhe des Risikos feststellen und die Bedarfsprämie ermitteln, die zur Deckung dieses Risikos erhoben werden muß. Mit dieser Bedarfsprämie erfaßt man dann nicht nur die objektive Erkrankungshäufigkeit, sondern auch die durch den Erkrankungswillen des Einzelnen hervorgerufene normal subjektive Erkrankungshäufigkeit, denn letztere wird immer vorhanden sein, gleichviel ob die Kosten vom Patienten selbst oder durch die Versicherung getragen werden.

Eine im Vertrauen auf den Versicherungsschutz etwa durch erhöhte Ansprüche der Versicherten oder durch Erhöhung der Arztrechnungen entstehende Steigerung dieses

[4]) Vgl. **Albrecht Balzer**, Die Statistik bei der privaten Krankenversicherung, Berlin 1929, S. 30 ff.

Risikos ist nur dann möglich, wenn die Leistungstarife sowohl bezüglich ihrer Gesamtauswirkung als auch ihrer Einzelauswirkung entweder überhaupt nicht begrenzt oder zu hoch begrenzt sind. In diesem Falle kann die Prämie das Risiko nicht mehr tragen, denn es ist dem freien Willen des Versicherten bezw. Arztes überlassen, die Höhe des Risikos festzusetzen und nicht mehr der Versicherung. Wird hingegen der Leistungstarif begrenzt und wird die Prämie im Verhältnis zu dieser Begrenzung festgesetzt, so muß letztere nicht nur genügen, sondern der begrenzte Leistungstarif schließt auch alle Ueberforderungen aus, denn der Versicherte kann infolge der Begrenzung über das mit der Prämie tragbare Risiko nicht hinausgehen. Wenn zudem dann noch zu dieser reinen Bedarfsprämie ein Extrazuschlag für eine allenfallsig auftretende gesteigerte Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen hinzukommt, so ist jede Gewähr dafür geboten, daß das Risiko für die Versicherung tragbar bleibt.

Das sich zeigende Mißverhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben ist zweifellos auf die Nichtbeachtung dieser versicherungstechnischen Elementarbegriffe zurückzuführen[5]). Nicht die übermäßige Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen seitens der Versicherten und der Aerzteschaft hat somit das Risiko das Jahres 1924 verändert, sondern die ausschlaggebende Rolle spielte die anfänglich allgemeine Unterschätzung dieses Risikos. Diese ursprüngliche Unterschätzung mußte sich erst nach einer gewissen Zeit auswirken, denn durch den ungeheuren Versichertenzustrom, welcher der Krankenversicherung infolge der Wartezeiten risikolose Versicherungen brachte, floß in die Kassen der Gesellschaften immer wieder neues Kapital und was heute ein Alt-Versicherter an Schadensleistungen über seine regulären Ansprüche hinaus benötigte, brachten morgen wieder 10 Neu-Versicherte, die drei Monate hindurch wohl ihre Prämien entrichten mußten, aber keine Leistungsansprüche stellen konnten. Von dem Zeitpunkt ab, da dieser Neuzugang versiegte, oder sich auch nur veränderte, mußten sich die Leistungstarife voll auswirken und es mußte sich zeigen, daß die Prämien zu nieder angesetzt waren.

Den Beweis hiefür brachten die Gesellschaften selbst. Wenn man die Leistungstarife der ersten Jahre mit den heute gültigen vergleicht, so sieht man sofort, daß im Vergleich

[5]) Vgl.: Untersuchung über die Krisen in der Krankenversicherung, (Die private Krankenversicherung 1927/28, Berlin, S. 48—52).

zu heute die Prämien damals zu nieder und die Leistungen zu hoch waren. Heute klagen die Gesellschaften nicht mehr über das schwankende Risiko oder über eine die Kalkulation gefährdende Ueberforderung, denn sie brauchen beides nicht mehr zu fürchten, da sie ausreichende Prämien und hiezu im Verhältnis stehende Versicherungsleistungen eingeführt haben. Das Risiko hat sich nicht verschlechtert, im Gegenteil, es ist sogar besser geworden, denn infolge der jahrelangen Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen hat sich der Gesundheitszustand der Versichertenbestände zweifellos gebessert. Die Gesellschaften können somit nicht behaupten, daß sie eine Verschlechterung des Risikos zur jetzigen Prämienerhöhung zwang. Der Grund der Divergenz zwischen Prämien und Versicherungsleistungen lag einzig und allein in der anfänglichen allgemeinen Unterschätzung des Risikos.

2. Krisen[6]).

Das Ende des Jahres 1925 und vor allem das Jahr 1926 brachte auf Grund dessen für die private Krankenversicherung Krisen, wie sie ebenfalls in der Versicherungsgeschichte nur selten verzeichnet werden konnten. Nur ganz wenige Gesellschaften blieben davon verschont. Bei den Krisen selbst kann man zwei Arten erkennen: indirekte und direkte Krisen. Die indirekten Krisen äußerten sich in dauernden Tarifänderungen, die direkten Krisen führten zu Katastrophen. Erfreulicherweise waren die ersteren in der Ueberzahl, denn den meisten Gesellschaften glückte es durch dauernde Prämienerhöhungen und Leistungsminderungen nicht nur die infolge der unzulänglichen Prämien entstehenden ungedeckten Verpflichtungen nachträglich immer wieder zu erfüllen, sondern auch allmählich auf diesem Wege ausreichende Leistungstarife zu gewinnen. Ohne ideelle Schädigung der Krankenversicherung gelang dies allerdings auch nicht, denn die dauernden Tarifänderungen ließen bei den Versicherten die Ansicht von der Unsicherheit der Gesellschaften und der Unbeständigkeit der Krankenversicherung entstehen. Sie brachten Versichertenverluste, die infolge des damit verbundenen Einnahmeausfalles den Versicherungen die Erfüllung ihrer Verpflichtungen erschwerten. Nicht wenig Versicherte gab es auch, die infolge dieser Vorkommnisse das Vertrauen zur Krankenversicherung überhaupt verloren und es

[6]) Vgl.: Untersuchung über die Krisen in der Krankenversicherung, (Die private Krankenversicherung 1927/28, Berlin, S. 48—52).

werden Jahre vergehen, bis dieses Vertrauen wieder hergestellt ist.

Den Hauptschaden verursachten jedoch die direkten Krisen, die zur Katastrophe führten. Nicht allen Gesellschaften gelang es nämlich, sich durch ständige Tarifänderungen über Wasser zu halten und die ungedeckten Verpflichtungen vermehrten sich bei diesen in solchem Umfange, daß offenkundige Zahlungsschwierigkeiten entstanden. Da es sich durchwegs um Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit handelte, konnten die Zahlungsschwierigkeiten durch einmalige oder mehrmalige Umlagen behoben werden. Dadurch wurde zwar der Konkurs selbst vermieden, aber in ideeller Hinsicht zeigten sich die gleichen Folgen: das Vertrauen war aufs Schwerste erschüttert. Zudem kam, daß es sich um Gesellschaften handelte, die bis dahin eine führende Stellung in der privaten Krankenversicherung eingenommen hatten und in der breitesten Oeffentlichkeit bekannt waren, so daß Hunderttausende von Versicherten in Mitleidenschaft gezogen wurden. Von den drei Gesellschaften, die eine derartige Krise durchzumachen hatten, konnten sich nur zwei in jahrelanger, mühevoller Arbeit sanieren. Die „Barmenia", Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte, Barmen, deren Geschäftsbericht für das Jahr 1925 ein Defizit von 340 000.— Mark auswies[7]) und die Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand, Regensburg, die 1926 mit einem Verlust von 566 000.— Mark abschloß[7]), zählen heute wieder zu den geachtetsten Gesellschaften. Lediglich die dritte Gesellschaft, die „Selbsthilfe", Krankenversicherung für den Mittelstand Breslau, welche 1926 einen Verlust von 3 547 000.— Mark hatte[7]), konnte sich nur, nachdem sie zur Deckung des Defizits von jedem Versicherten einen Nachschuß in Höhe von $2^1/_2$ Monatsbeiträgen erhoben hatte, unter Fusion mit einer anderen Gesellschaft wieder emporarbeiten.

Wie bereits erwähnt, verursachten diese Krisen sehr erhebliche Versichertenverluste. Von besonderer Bedeutung wurden aber die Verluste insoferne, als es gerade die guten Risiken waren, die dadurch der Krankenversicherung verloren gingen, denn die guten Risiken, die bisher entweder überhaupt keine oder nur ganz geringe Leistungsansprüche gestellt hatten, konnten die Notwendigkeit der Tarifänderungen

[7]) **Neumanns** Jahrbuch der Privatversicherung in Deutschland, Berlin, Jahrgang 1928, Seite 695.

oder gar der Nachschüsse nicht verstehen und lösten den Versicherungsvertrag. Die Folge davon war eine allgemeine Verschlechterung des Risikos, denn es waren zumeist nur mehr schlechte Risiken — Versicherte, die durch ihre die Prämien samt Nachschüsse wesentlich übersteigenden Schadensfälle den Wert einer Krankenversicherung erkannt hatten — die den Gesellschaften verblieben.

3. Sanierung und Konsolidierung.

Ein Gutes hatten jedoch diese Krisen: Sie führten zur raschen Konsolidierung der privaten Krankenversicherung. Während, wie wir gesehen haben, 1924 und teilweise noch 1925 die Leistungstarife fast aller Gesellschaften bei anormal niederen Prämien bezüglich der Hauptleistungsart (reine Arztkosten, ärztliche Sonderleistungen und Arznei- und Heilbehandlung) einen unbegrenzten, und in den Krisenjahren 1925 und 1926 einen immer noch zu weit gehenden Versicherungsschutz zusicherten, finden wir ab 1926 begrenzte Leistungen und ausreichende Prämien. Die private Krankenversicherung wurde stabil. Die durch die Begrenzung der Leistungen erzielte Selbstbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten mußte die Gefahr der übermäßigen Inanspruchnahme vermindern und das nunmehrige Zusammenarbeiten mit der Aerzteschaft, die ihre ursprüngliche Oppositionsstellung verlassen und als ein der privaten Krankenversicherung wohlwollend gegenüberstehender Neutraler diese in ihren Bestrebungen nicht mehr hinderte, bot sichere Gewähr für eine erfolgreiche Weiterentwicklung.

In diese Zeit fallen auch bedeutsame Neugründungen, wie die der „Gedevag", Gemeinnützige Deutsche Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, die nicht nur durch ihre Gesellschaftsform — bis dahin waren Aktiengesellschaften in der privaten Krankenversicherung so gut wie nicht bekannt — für diese Versicherungssparte ein Novum waren, sondern auch neue Anregungen, wie etwa die Gewinnbeteiligung bezw. Prämienrückvergütung, brachten. Auch die alten Gesellschaften, die inzwischen ihre Krisen überwunden hatten, begannen nunmehr eine Kapital bildende Geschäftspolitik zu betreiben und ihren Geschäftsbetrieb auf versicherungstechnische Grundlage umzustellen.

Etwas später, im Jahre 1927, wurde noch die „Deutsche Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, Berlin" gegründet, welche, an die „Gedevag" anlehnend, ebenfalls die kapita-

listische Gesellschaftsform wählte. Auch diese Gesellschaft nahm in ihre Leistungstarife die Beitragsrückvergütung auf.

Die Konsolidierung der privaten Krankenversicherung war in vollem Gange.

III. Kapitel.

Die Konzentrationsperiode.

1. Krankenversicherungsverbände und Interessengemeinschaften.

Die durch die Krisen der Jahre 1925 und 1926 und durch die umgestellten Leistungstarife konsolidierte private Krankenversicherung zeigte ab 1926 die Tendenz zur Konzentration.

Während bis dahin die Gesellschaften völlig unabhängig voneinander gearbeitet hatten, begannen sie nunmehr gegenseitig Fühlung zu nehmen, um in den wichtigsten prinzipiellen Fragen gemeinsam vorgehen zu können. Die Auswirkung dieser Fühlungnahme war die Gründung von Krankenversicherungsverbänden und Interessengemeinschaften zum Zwecke der Wahrung der Belange der gesamten privaten Krankenversicherung.

Der älteste dieser Verbände war der „Verband der Krankenkassen für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende Deutschlands, Dresden", welcher die berufsständischen Handwerker-Krankenkassen umfaßte. Der Zweck dieses Verbandes war die Förderung und Beratung der Verbandsmitglieder in versicherungstechnischen, organisatorischen und steuerlichen Fragen. Er umfaßte 16 Vereine, die alle das Versicherungsgeschäft nur in Handwerkerkreisen betrieben[1]). Hervorgetreten ist der Verband eigentlich erst durch seinen Beitritt zur „Arbeitsgemeinschaft der privaten Krankenversicherer" im Jahre 1928. Im allgemeinen ist die Tätigkeit des Verbandes nur eine rein interne, denn seine Veröffentlichungen erstrecken sich nur auf die jährliche Bekanntgabe seiner Generalversammlung und der von seinen Gesellschaften eingenommenen Prämien und verausgabten Versicherungsleistungen. An der Hebung des Krankenversicherungsgedankens, etwa durch Pressedienst und dergl. beteiligt er sich nicht.

Der weitaus wichtigere Verband ist der am 3. Februar 1926 gegründete „Verband Privater Krankenversicherungs-

[1]) Siehe Tabelle B (Anhang), S. 140.

unternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig", der die wichtigsten, neben den Handwerkerkassen in Deutschland arbeitenden privaten Krankenversicherungsgesellschaften umfaßt[2]). Sein Zweck ist, gleich dem des Dresdener Verbandes, der Austausch von Erfahrungen unter den Verbandsgesellschaften und der Ausbau der privaten Krankenversicherung.

Im Januar 1928 konnte er den in der Zwischenzeit gegründeten dritten Krankenversicherungsverband, den „Deutscher Krankenversicherungsverband", der nur drei Gesellschaften („Gedevag", Gemeinnützige Deutsche Krankenversicherungs-AG.; „Kosmos", Kranken- und Sterbegeldversicherungsbank AG. und Bürgerliche Versicherungs-Aktiengesellschaft) umfaßte und keine volkswirtschaftliche Bedeutung erringen konnte, aufnehmen. In den letzten Jahren, den Jahren 1927/28 traten dem so gestärkten Verbande noch alle sich bisher ablehnend verhaltenden Gesellschaften bei. Er umfaßt nunmehr 13 Gesellschaften[2]).

Neben dem ständigen Austausch der schlechten Risiken — der Versicherten, die infolge ihrer außergewöhnlichen Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen ein im Verhältnis zur Prämie untragbares Risiko bilden und deren Versicherungsvertrag aus diesem Grunde von den Gesellschaften gekündigt wurde — und der Aufstellung sogenannter „Schwarzer Vertreter-Listen" — Vertreter, die infolge finanzieller Verfehlungen entlassen werden mußten — verfolgt er, wie bereits erwähnt, den Zweck: den Ausbau dieser Versicherungssparte zu fördern.

Um dies zu erreichen, versucht er durch Aussprachen in den Verbandssitzungen krankenversicherungstechnische Fragen zu klären, Teilungsabkommen mit anderen Versicherungssparten abzuschließen, die gegenseitige Konkurrenz der Verbandsgesellschaften zu mildern und Normativbestimmungen, die an die Stelle der jetzigen „Allgemeinen Versicherungsbedingungen" treten sollen, abzufassen und zur Einführung zu bringen. Um Streitigkeiten der Verbandsgesellschaften auf gütlichem Wege zu schlichten, wurde von ihm ein Schiedsgericht eingerichtet. In dem zur Zeit herrschenden Kampf gegen die Expansionsbestrebungen der Sozialversicherung, die wesentliche Teile des bisher versicherungsfreien Mittelstandes (Kleinbauern und Kleingewerbetreibende) erfassen will, hat er die Führung übernommen. Mit dem Dresdner Verband hat er Fühlung aufgenommen, um eine intensive Zusammenarbeit herbeizuführen.

[2]) Siehe Tabelle C (Anhang), S. 141.

Die Hauptbedeutung dieses Verbandes liegt jedoch in seinen Bestrebungen, den Krankenversicherungsgedanken in die breite Masse der Bevölkerung zu tragen. Zu diesem Zwecke hat er einen die ganze deutsche Presse umspannenden Pressedienst eingerichtet, der die Tageszeitungen mit Aufklärungsartikeln versieht.

Wenn auch das Wirken dieses Verbandes die anzustrebende Vollkommenheit noch lange nicht erreicht hat, so zeigt doch die bisherige Tätigkeit, daß er bestrebt ist, die private Krankenversicherung auszubauen und ihr erhöhe öffentliche Beachtung zu sichern.

Ein weiterer Schritt zur Konzentration im privaten Krankenversicherungswesen wurde durch die Gründung einer „Arbeitsgemeinschaft der privaten Krankenversicherer" getan[3]). Diese Arbeitsgemeinschaft, die aus dem Verband privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, dem Verband der Versicherungsanstalten für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende Deutschlands und dem Verband der öffentlichen Lebensversicherungsanstalten (als Vertreter der öffentlich rechtlichen Krankenversicherer) besteht, erstreckt sich auf die Zusammenarbeit in allen für die private Krankenversicherung wichtigen Fragen. Die Arbeitsgemeinschaft, deren Gefüge noch sehr locker ist, befaßte sich bisher mit der Lösung der Arztfrage. Sie will versuchen, für alle drei Verbände einen Vertrag mit der Aerzteschaft abzuschließen, der das Zusammenarbeiten zwischen Krankenversicherung und Aerzteschaft in einer für beide Teile befriedigenden Weise regeln soll. Bisher ist es nicht gelungen, denn die Vertreter der Aerzteschaft haben sich den für die Krankenversicherung wichtigsten Forderungen gegenüber ablehnend verhalten. Zur Zeit ruhen die Verhandlungen.

Eine zweite Aufgabe harrt der Arbeitsgemeinschaft. Die Durchberatung der von den einzelnen Verbänden aufgestellten Normativbestimmungen. Es soll versucht werden, aus den Entwürfen der einzelnen Verbände Gesamtnormativbestimmungen zu schaffen. Die Ergebnisse sind jedoch noch nicht abgeschlossen, so daß hierüber noch nichts geäußert werden kann.

Wie bereits angedeutet, steht die Arbeitsgemeinschaft im Anfangsstadium; sie hat noch nicht die feste Form der

[3]) Eine Arbeitsgemeinschaft privater Krankenversicherer gegründet (Deutsche Versicherungszeitung, Berlin, Jahrgang 1928, S. 175.).

Verbände erreicht. Es wäre zu begrüßen, wenn in absehbarer Zeit eine innigere Fühlungnahme zu verzeichnen wäre, denn eine durch die einzelnen Verbände zu einer konkreten Arbeitsgemeinschaft vereinigte Krankenversicherung dürfte an Bedeutung nur gewinnen.

Am 3. Juni 1929 wurde ein neuer Interessenverband privater Krankenversicherer: Die Arbeitsgemeinschaft der Bäuerlichen Krankenkassen Deutschlands, gegründet. Durch diese neue Konzentrationsbestrebung, deren Auswirkung erst noch abgewartet werden muß, ist ein weiterer Schritt zum Ausbau der privaten Krankenversicherung getan[4]).

2. Fusionen und Konzentrationsbestrebungen.

Die bedeutsamste Konzentrationsbewegung innerhalb der privaten Krankenversicherung bildete die Fusion dreier großer Versicherungsgesellschaften, der „Gedevag", Gemeinnützige Deutsche Krankenversicherungs AG. mit der „Kosmos" Kranken- und Sterbegeldversicherungsbank AG. und beider Gesellschaften wieder mit der „Selbsthilfe" Krankenversicherung für den Mittelstand, die im Jahre 1928 erfolgte[5]). Diese drei Gesellschaften bildeten die „Vereinigte" Krankenversicherungs AG. (vormals Gedevag, Kosmos, Selbsthilfe). Da von den drei Fusionsgesellschaften die Gedevag die weitaus bedeutendste war, denn die Kosmos verfügte nur über einen geringen Versichertenbestand und die Selbsthilfe hatte kurz vorher eine außerordentlich schwere Krise, die ihr bedeutende Versichertenverluste brachte, zu überstehen, übernahm die Gedevag die Führung in der neuen Gesellschaft. Die in dieser Weise entstandene neue Gesellschaft stellt sowohl bezüglich ihres Versichertenbestandes als auch ihrer Kapitalstärke nach die weitaus größte private Krankenversicherung dar. Die Weiterentwicklung dieser Gesellschaft hat gezeigt, daß sie mit Erfolg bestrebt ist, eine führende Stellung in der privaten Krankenversicherung einzunehmen. Neben dieser bedeutsamsten Fusion wäre die Fusion der Versicherungsanstalt des bayerischen Gewerbebundes, München mit der Versicherungsanstalt der Handwerkskammer für Mittelfranken, Nürnberg, die im Jahre 1929 stattfand und die Fusion der Leipziger Fürsorge für Krankenversicherung der Bamten und freien Berufe, Leipzig, mit der Württembergischen privaten Kranken-

[4]) Eine Vertretertagung der bäuerlichen Krankenkassen Deutschlands (Deutsche Versicherungszeitung, Berlin, Jahrgang 1929, S. 183).

[5]) Deutsche Versicherungszeitung Berlin, Jahrgang 1928, S. 73. Der Versicherungsagent, Berlin, Jahrgang 1928, S. 145.

versicherung, Stuttgart, welche im gleichen Jahre vollzogen wurde, zu nennen[6]).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß der Konzentrationsgedanke immer mehr an Boden gewinnt. Gerade für diese Versicherungssparte ist dies von besonderer Bedeutung, denn das im Verhältnis zu anderen Versicherungsarten große Risiko verlangt eine breite Basis und ein intensives Zusammenarbeiten aller Versicherungsträger. Nur durch dauernde Zusammenarbeit und straffste Konzentration kann die private Krankenversicherung dem Mittelstand einen soliden und günstigen Versicherungsvertrag bieten.

IV. Kapitel.

Entwicklungsgeschichte der letzten Jahre.

Die private Krankenversicherung, welche, wie wir gesehen haben, nach einer kurzen, aber intensiven Konjunkturperiode außerordentlich schwere Krisen zu überstehen hatte und hieran anschließend die Tendenz zur Konsolidierung und Konzentration zeigte, gewann erst 1927 ihre wirtschaftliche Stabilität. Erst ab dieser Zeit kann man von einer Harmonie zwischen Einnahmen und Ausgaben — Prämien und Versicherungsleistungen — sprechen.

Während in den ersten Jahren die Prämien verhältnismäßig nieder waren und im allgemeinen zwar kleine aber periodisch auftretende Steigerungen erfahren mußten, hatten sie nunmehr eine Höhe erreicht, die zur Deckung des Risikos ausreichend schien. In der Tat war es in den folgenden Jahren auch nicht mehr nötig, die Prämien zu ändern und fast alle Gesellschaften konnten ab 1927 an der nunmehr eingeschlagenen Prämienpolitik festhalten. Nur vereinzelte kleine Unternehmungen mußten noch in den letzten Jahren Prämienerhöhungen durchführen, doch wurde diese Maßnahme nicht etwa durch eine Veränderung des Risikos verursacht, sondern sie war darin begründet, daß diese Gesellschaften mit der endgültigen Anpassung der Prämie an das Risiko noch bis dahin gezögert hatten.

Bezüglich der Versicherungsleistungen kann man das gleiche nur in umgekehrter Reihenfolge beobachten. In der ersten Zeit eine bedingungslose Schadensleistung, in den folgenden Jahren ständige Leistungsreduzierungen, die eine Er-

[6]) Versicherungsanstalt des bayerischen Gewerbebunds, München, Geschäftsbericht 1930. — Leipziger Fürsorge für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe, Leipzig, Geschäftsbericht 1930.

weiterung des Risikos über das durch die Prämie erfaßte Risiko hinaus nicht mehr zuließen. Auch die Leistungspolitik der Gesellschaften hat sich ab 1927 nicht mehr wesentlich geändert.

Diese Feststellung steht keineswegs im Widerspruch zu Mitteilungen in der Fachpresse, denen zufolge verschiedene Gesellschaften ihre Versicherungsbedingungen und Leistungstarife auch noch in den letzten Jahren änderten[1]), denn diese Aenderungen betreffen keineswegs, wie in früheren Jahren, die Gesamtauswirkung der Leistungstarife und Versicherungsbedingungen, sondern sind Versuche die Tarife und Bedingungen auszubauen, man möchte fast sagen, es handelt sich um Schönheitskorrekturen. Während vorher, in den Jahren 1924—1928, eine Tarifänderung die Existenzfähigkeit der Gesellschaft sichern sollte, kann sich heute die private Krankenversicherung damit befassen, den Versicherungsschutz zu vertiefen und ihn durch Umstellung einzelner Leistungspositionen abzurunden.

Die gleiche Tendenz kann man auch bezüglich der finanziellen Entwicklung der Gesellschaften verfolgen. Während in den Krisenjahren durch die außerordentlich schwankenden Ergebnisse der Versicherungsunternehmungen jegliche Reservebildung unterbleiben mußte und der Begriff „freie Reserven", für die meisten Gesellschaften eine unbekannte Größe war, finden wir nun eine erfreuliche Reservebildungspolitik.

---

[1]) Neue Tarife und Versicherungsbedingungen in der privaten Krankenversicherung (Deutsche Versicherungszeitung, 71. Jahrgang, Nr. 2 vom 15. Juni 1930, S. 16—17).

Die Tarife RB. und PB. der Debeka (D. V. Ztg., 71. Jahrg. Nr. 5 vom 1. März 1930, S. 57).

Neue Tarife der „Volkswohl" Krankenunterstützungskasse, Dortmund (D. V. Ztg. 71. Jahrgang, Nr. 9, v. 1. Mai 1930, S. 110).

Aenderungen der Tarife der Vela, Krankenhilfe, Krankenkasse der Vereinigung der leitenden Angestellten (DVZ. 71. Jahrgang, Nr. 10 vom 15. Mai 1930, S. 124).

Rückwärtsversicherung und Franchise beim Leipziger Verein für Beamte und freie Berufe V. a. G. (DVZ. 71. Jahrgang, Nr. 18 vom 15. Sept. 1930, S. 242).

Aenderungen der Tarife und allgemeinen Versicherungsbedingungen beim Deutschen Ring, Krankenversicherungsverein a. G. Hamburg (DVZ. 72. Jahrg., Nr. 1 v. 1. Januar 1931, S. 5).

Aenderungen der Tarife und allgem. Versicherungsbedingungen in der privaten Krankenversicherung (DVZ. 72. Jahrg. Nr. 6 v. 15. März 1931, S. 62—63, sowie Nr. 7 v. 1. April 1931, S. 74—75).

Aenderungen der Tarife und allgem. Versicherungsbedingungen und Einführung neuer Tarife beim Leipziger Verein für Beamte und freie Berufe a. G. (DVZ. 72. Jahrg. Nr. 9 vom 1. Mai 1931, S. 102 bis 103).

Erreicht wurde diese finanzielle Stabilität einerseits durch gesunde Leistungstarife und andererseits vor allem durch Rationalisierungsmaßnahmen der Gesellschaften, die sich vorwiegend auf die Senkung der Unkosten erstreckten. Die Geschäftsberichte lassen fast durchwegs eine Verminderung des Unkostensatzes ersehen.

Als weiteres Plus im Interesse des Versicherungsgedankens ist die Tatsache zu verzeichnen, daß der in den ersten Jahren durchwegs und noch in den Jahren 1927 und 28 seitens einiger junger Gesellschaften ausgeübte Konkurrenzkampf, der zuweilen beängstigende Ausmaße angenommen hatte, nahezu vollständig verschwunden ist und einem in ruhigen Bahnen verlaufenden Wettbewerb Platz gemacht hat.

Hier sei in erster Linie das vom Verband privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig, für seine Verbandsmitglieder erlassene „Ausspannungsverbot" genannt, das den Angehörigen des Verbandes verbietet in den Versichertenkreisen einer Verbandsgesellschaft zu werben.[2]). Veranlaßt wurde dieses Verbot durch die immer mehr um sich greifenden Versuche zahlreicher Werber, ihre Werbekünste in den Mitgliederkreisen der Versicherungsgesellschaften zu versuchen, um diese Mitglieder zum Uebertritt in die von ihnen vertretene Gesellschaft zu bewegen. Widersprach ein solches Verhalten schon den Geschäftsgepflogenheiten des Versicherungsgewerbes, so hatte es für die Versicherten selbst die schwerwiegendsten Nachteile. Die neue Gesellschaft übernahm nämlich den Versicherten nur als neues Risiko, d. h. sie lehnte jede Ersatzpflicht wiederauflackernder alter Krankheiten, für die der Versicherte bei seiner früheren Gesellschaft Leistungsanspruch hatte, ab. Wäre der Uebergetretene dort versichert geblieben, so wäre sein Leistungsanspruch regelmäßig weitergelaufen, so aber war sein Versicherungsschutz unterbrochen. Unter diesen Gesichtspunkten gesehen, muß das Vorgehen des genannten Verbandes wenigstens theoretisch als vorbildlich bezeichnet werden. Ob der Verband allerdings die Macht hat, derartige Beschlüsse restlos in der Praxis durchzuführen, muß bezweifelt werden, wenn man sich das Verhalten zweier Verbandsgesellschaften ins Gedächtnis zurückruft, die sich in aller Oeffentlichkeit Vorwürfe machten, als beide Gesellschaften sich um einen Vergünstigungsvertrag mit einer Beamtenorganisation

[2]) Darf man ausspannen? (Deutsche Versicherungszeitung, Berlin, 71. Jahrgang, Nr. 1 vom 1. Januar 1930, S. 5).

bemühten und naturgemäß nur eine von ihnen zum Zuge kommen konnte[3]). Immerhin aber kann gesagt werden, daß im allgemeinen die Tendenz dahin geht, den Konkurrenzkampf zu mildern und ihn in ruhige Bahnen zu leiten.

Der ruhige aber stetige Ausbau der privaten Krankenversicherung wird vor allem auch durch die gewonnene Stabilität des Versichertenbestandes bewiesen. Während die Konjunkturperiode eine sprunghafte Steigerung der Bestände zeigte und die Krisenjahre den einzelnen Gesellschaften bedeutende Verluste verursachten, die zuweilen bis zu 50% des Bestandes ausmachten, weisen die Versichertenstatistiken ab 1928 wieder eine aufsteigende Kurve aus[4]). Die Versichertenbewegung der bedeutendsten Gesellschaften zusammengefaßt ergab für das Geschäftsjahr 1930 einen Nettozugang von mehr als 100 000 Personen und ein in der Fachpresse veröffentlichtes Rundschreiben des Leipziger Verbandes kündigt für 1930 einen Mitgliedergewinn von allein 150 000 Personen an[5]). Die Gesamtzahl der in der privaten Krankenversicherung erfaßten Personen dürfte heute die Viermillionengrenze bereits überschritten haben, wenn man zu den zugänglichen Zahlen der Gesellschaften, die ihre Geschäftsergebnisse der Oeffentlichkeit unterbreiten, noch die Mitgliederbestände der verhältnismäßig großen Zahl der kleinen und kleinsten Versicherungsvereine und Unterstützungskassen hinzuzählt.

Zum Schlusse sei noch angeführt, daß auch die Arztfrage eine vorerst befriedigende Lösung gefunden hat, denn, von geringen Ausnahmen abgesehen, kann das Zusammenarbeiten zwischen Aerzteschaft und privater Krankenversicherung in der Praxis als gut bezeichnet werden.

Zusammenfassend sei festgestellt, daß die Entwicklung der privaten Krankenversicherung ab 1928 den Charakter des ruhigen aber stetigen Auf- bzw. Ausbaues eines zwar immer noch verhältnismäßig neuen aber doch bereits anerkannten und in den Wirtschaftskörper fest eingefügten Wirtschaftszweiges zeigt.

---

[3]) Ein Kampf um die Gunst der Beamten (DVZ., Berlin, 72. Jahrgang, Nr. 5, vom 1. März 1931, S. 54.).

[4]) Siehe Tabelle I Anhang, S. 144.

[5]) 2 Millionen Versicherte bei den Gesellschaften des Leipziger Verbandes (Private Krankenversicherung, Halbmonatsschrift, München, 2. Jahrgang, Nr. 6, vom 15. März 1931, S. 41).

Die Geschäftsergebnisse der Privatkrankenversicherung 1929 (Privat-Krankenversicherung, Halbmonatsschrift München, 1. Jahrgang, Nr. 1—6, vom 1. Okt. 1930 — 15. Dez. 1930.)

II. Teil.

Probleme der privaten Krankenversicherung.

I. Kapitel.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.[1])

1. Allgemeines.

Während in den Leistungstarifen der Gesellschaften die Einzelleistungen der Versicherung bezüglich ihrer Erstattungshöhe festgelegt sind, sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, nachfolgend der Kürze halber „A. V. B." genannt, gewissermaßen als Kommentar hiezu zu betrachten. Die A. V. B. enthalten die Bestimmungen der Gesellschaften über die Mitgliedschaft (Aufnahmefähigkeit, Beginn der Mitgliedschaft, Beendigung der Mitgliedschaft und deren Folgen, Wiedererwerb der Mitgliedschaft), über die Leistungspflichten (Karenzzeit, Schutzmaßnahmen der Versicherer, wie Einschränkung der Leistungspflicht und Gefahrenausschluß, Leistungen und Leistungsdauer) und über die Prämien.

Ehe auf den Inhalt der A. V. B. näher eingegangen werden soll, erscheint es angebracht, Grundsätzliches über die A. V. B. zu sagen. In den Entwicklungsjahren der privaten Krankenversicherung, in den Jahren 1924 bis 1927, zeigten viele Gesellschaften die Gepflogenheit, ihre Leistungstarife unmittelbar in die A. V. B. aufzunehmen.[2]) Für den Versicherten war es, infolge dieser Verbindung und der hieraus entstehenden Unübersichtlichkeit schwer, sich aus sich selbst heraus einen einwandfreien Ueberblick über die Leistungen der Gesellschaften zu verschaffen. Die Folge davon waren ständige Differenzen zwischen Versicherten und Versicherern, denn letztere regulierten die Schäden auf Grund der A. V. B., und die Versicherten erfuhren zumeist erst

[1]) Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gesellschaften des Leipziger und Dresdner Verbandes vom 1. 1. 1931.

[2]) Bayer. Beamten-Krankenkasse, Allgem. Vers. Bedingungen vom 13. 3. 1926,

Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte AVB. vom 1. 1. 1925.

nach Vorlage eines Schadenfalles, wie der betreffende Paragraph der A. V. B. eigentlich auszulegen sei. Aber auch bei den Versicherungen, die Leistungstarif und A. V. B. trennten, war es nicht besser. Hier fehlte die Uebereinstimmung zwischen beiden und der Versicherte, der auf Grund des Leistungstarifes eine Leistungspflicht der Gesellschaft erwartete, mußte sich belehren lassen, daß die A. V. B. gerade diese Leistungspflicht ausschlossen. Zudem kam, daß sich die Gesellschaften selbst über die A. V. B. nicht immer im Klaren waren, ständig ihre A. V. B. abänderten, und es kam so weit, daß sich niemand mehr auskannte. Es zeigte sich eben auch hier der Mangel an Erfahrung.

Heute ist dies besser geworden. Die A. V. B. des Jahres 1929 zeigen bereits den Ansatz zu einer einheitlichen Linie, zeigen, daß, mit einem Wort gesagt, die private Krankenversicherung stabil geworden ist. Wenn behauptet wurde, daß es nun besser geworden ist, so ist dieses besser allerdings nur in Verbindung mit den früheren Verhältnissen zu verstehen. Vollkommen befriedigen können die heutigen A. V. B. auch dann noch nicht, wenn man von ihnen verlangt, daß sie nicht nur vom Versicherer, sondern auch vom Versicherten — vom Laien — verstanden werden müssen. Dieser Mangel wird auch in Fachkreisen erkannt. Der Verfasser der im Verlag der Deutschen Versicherungs-Zeitung, Berlin, erschienenen Gegenüberstellung der Tarife und Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung, übt im Vorwort zu diesem Werke harte, aber zweifellos berechtigte Kritik.[3])

[3]) **Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung, Berlin 1930, S. III:**

„Wenn wir heute der Oeffentlichkeit eine Uebersicht über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife der privaten Krankenversicherung unterbreiten, so muß dieses manchem verfrüht erscheinen, da noch dauernd Aenderungen derselben vorgenommen werden und bislang eine Stabilität in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist. Sollte diese Begründung zutreffen, so würde sie nicht gegen, sondern für unser Vorhaben sprechen. Gerade weil vorläufig noch ein heilloses Durcheinander auf diesem Gebiete herrscht, dünkt es uns notwendig, die außerordentlichen Verschiedenheiten in den Tarifen und Bedingungen der einzelnen Gesellschaften durch eine vergleichende, rein objektive — und deshalb besonders kritische — Uebersicht darzutun. Die große Mühe, die mit dieser Arbeit verbunden war, wird nur der abschätzen können, der selbst den Versuch macht. Es war kaum eine Gesellschaft zu finden, deren Tarife und Bedingungen an Eindeutigkeit nichts zu wünschen übrig ließen. Es war nicht immer einfach, sich über den Sinn eines Satzes klar zu werden und es erscheint uns ganz unmöglich, daß die Masse der Versicherungsnehmer auch nur in etwa in die Ge-

Wenn man bedenkt, daß sogar ein Fachmann, der mit der Materie voll und ganz vertraut ist, eingestehen muß, über die Auslegung des einen oder anderen Satzes der A. V. B. nicht eindeutig im Klaren gewesen zu sein, so kann man ermessen, was es erst für den Versicherten — den Laien — heißt, sich durch das Labyrinth von Einschränkungen und Klauseln durchzufinden.

Die zur Einführung geplanten „Normativ-Bedingungen" scheinen geeignet zu sein, bis zu einem gewissen Grade die Lösung dieser Frage zu bringen. Allerdings eine vollständige Lösung ist durch sie nicht zu erwarten, denn einerseits dürften noch Jahre vergehen, bis sie in Kraft treten — vorerst (Herbst 1931) liegen sie noch zur Bearbeitung bei den Verbänden, und wenn diese sich geeinigt haben, beginnen erst die Genehmigungs-Verhandlungen mit dem Reichsaufsichtsamt — und andererseits kann man über die Abfassung der Normativ-Bedingungen, wie sie bis heute vorliegen, geteilter Meinung sein. Wenn sie auch die Belange der Versicherer wahren mögen, einfach und übersichtlich für den Versicherten sind sie bestimmt nicht, es sei denn, daß sie bis zur endgültigen Festlegung noch manche Wandlung durchmachen.[4])

Es läge außerhalb dem Rahmen der gestellten Aufgabe, wollte man die A. V. B. sämtlicher Gesellschaften besprechen. Da im Grunde genommen die A. V. B. aller Versicherungsgesellschaften die gleichen Ziele, wenn auch in verschiedener Form, erkennen lassen, ist es möglich, die wichtigsten Ab-

---

heimnisse dieser Darstellungskunst eindringt. Auch muß man die bedauerliche Tatsache konstatieren, daß im Konkurrenzkampf der privaten Krankenversicherung auch heute noch mit eklektizistischen Gegenüberstellungen und mit Vergleichen gearbeitet wird, die auf ganz verschiedenen Grundlagen beruhen. Durch Abwägen aller Vor- und Nachteile gegeneinander glauben wir nunmehr mit unserer Arbeit ein brauchbares Instrument zur Gewinnung eines möglichst einwandfreien Bildes der einzelnen Gesellschaften gefunden zu haben. Wir betonen nochmals ausdrücklich, soweit wie möglich. Denn in einigen Fällen — es mögen ihrer noch so wenig sein — gelang es uns nicht, über den Sinn ganz einwandfrei klar zu werden. Dabei kann die Regel aufgestellt werden, daß im allgemeinen die Größe einer Gesellschaft auf die Ausgestaltung der Bedingungen und Tarife im positiven Sinne einwirkt. Wir glauben nicht verfrüht, sondern zur rechten Zeit mit der Arbeit hervorzutreten. Der Wille zur einheitlichen Gestaltung ist in den beiden großen Verbänden der Deutschen privaten Krankenversicherung, dem Leipziger und dem Dresdner Verband, vorhanden und findet seinen Ausdruck in dem Streben nach Schaffung sog. Normativbedingungen."

[4]) s. unt. II. Teil, I. Kapitel, V. Abschnitt, S. 38.

schnitte: Mitgliedschaft, Leistungspflicht und Prämien generell zu behandeln.

2. Mitgliedschaft.

Die private Krankenversicherung soll kein anerkannter Ersatz der Sozialversicherung sein und versichert daher nur die Personen männlichen und weiblichen Geschlechts, die nicht versicherungspflichtig sind. Je nach den zwei Prämienarten, der Abstufung der Prämien nach den Altersstufen und der Abstufung nach Geschlecht, werden die Versicherten klassifiziert. Diejenigen Gesellschaften, deren Prämien nach dem Alter der Versicherten zur Zeit des Versicherungsabschlusses abgestuft sind, kennen nur eine Kategorie von Versicherten: Die Vollversicherten[5]). Bei ihnen stehen allen Versicherten, gleichgültig welcher Altersstufe sie angehören, die gleichen Leistungen zu. Nur bezüglich des Sterbegeldes erfolgen für die Kindergruppen und für die Altersgruppen gewisse Abschläge. Die Gesellschaften jedoch, die eine Abstufung der Prämie nach männlichen und weiblichen Versicherten versehen, unterscheiden zwischen Voll- und Anschlußversicherten[6]). Als Vollversicherte betrachten sie alle Personen, die für sich allein eine Prämie entrichten. Als Anschlußversicherte gelten die Ehefrauen der Vollversicherten, die an ihre Versicherung minderjährige Kinder angeschlossen haben. Im Sinne der Versicherung dauert die Minderjährigkeit zumeist bis zum vollendeten 14. Lebensjahr. Ab diesem Alter erlischt die Anschlußversicherung oder sie muß in eine Vollversicherung umgewandelt werden. Die Anschlußversicherten, wobei zu diesen meist nicht nur die Kinder, sondern auch die Ehefrauen gerechnet werden, erhalten nicht die gleichen Leistungen wie die Vollversicherten, sondern solche von geringerer Höhe. Das Aufnahmealter geht zumeist bis zum 60. Lebensjahr. Ist diese Altersgrenze für einzelne Gesellschaften erhöht, so werden für die Versicherten über dieser Altersgrenze Alterszuschläge zu den Normalprämien erhoben, und Leistungseinschränkungen hauptsächlich bezüglich des Sterbegeldes vorgenommen.[7])

Zwecks Erlangung der Mitgliedschaft hat der Versicherungs-Interessent einen Antragsschein auszufüllen, mit wel-

[5]) Deutsche Krankenversicherung AG. Berlin, A. V. B. vom 1. Januar 1931.

[6]) Versicherungsanstalt der sächsischen Gewerbekammern a. G. Dresden, A. V. B. vom 1. Januar 1931.

[7]) Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt f. d. Mittelstand, A. V. B. vom 1. Januar 1931.

chem er die von der Versicherung gestellten Fragen über seinen derzeitigen und früheren Gesundheitszustand nach bestem Wissen und Gewissen beantworten muß. An diesen Antrag ist er eine bestimmte Zeit, meist vier Wochen, gebunden. Erhält er in diesem Zeitraum nicht die Versicherungspolice, so ist er berechtigt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Mit Stellung dieses Antrages hat der Aufnahmesuchende eine Aufnahmegebühr, die zwischen 2—5 RM schwankt, zu entrichten. Die Gesellschaft hat das Recht, die Aufnahme des Antrages von einer ärztlichen Untersuchung abhängig zu machen. Der Antragsteller hingegen erteilt der Versicherung die Befugnis, alle ihr zweckdienlich erscheinenden Auskünfte über seine Person und über seinen früheren Gesundheitszustand einzuholen und entbindet die um Auskunft angegangenen Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die Gesellschaft kann den Antrag ablehnen ohne die Gründe, die sie zur Ablehnung veranlaßten, bekanntzugeben.

Mit der Aushändigung des Versicherungsscheines und dem in diesem genannten Zeitpunkt beginnt die Versicherung.

Während der Dauer der Versicherung hat der Versicherte seiner Gesellschaft alle Veränderungen, bezüglich Personenstand und Wohnsitz unverzüglich mitzuteilen.

Der Versicherungsvertrag kann enden durch Kündigung durch den Versicherten, durch Tod des Versicherten, durch Wegzug aus dem Geschäftsgebiet der Gesellschaft, durch Kündigung seitens der Gesellschaft, durch Ausschluß des Versicherten aus der Gesellschaft und durch Versicherungspflicht des Versicherten.

Die Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherten war früher durchwegs alle Vierteljahre möglich. Erst in den letzten Jahren sind die Gesellschaften zur jährlichen Kündigung, entweder zum Schlusse des Kalenderjahres oder des Versicherungsjahres, übergegangen. Die Krankenversicherung setzt sich dadurch in bewußten Gegensatz zu allen anderen Versicherungssparten, die durchwegs nur langjährige Verträge vorsehen. Gerade diese kurzfristigen Versicherungsverträge sind es, die der Krankenversicherung etwas Episodenhaftes verleihen, denn dadurch kann sie nicht auf Jahre hinaus ihren Versicherungsbestand als gesichert betrachten.[8]) Da jede Gesellschaft darnach trachten muß, ihren Versicherungsbestand zu erhöhen, sind durch diese

[8]) „Reform der privaten Krankenversicherung", Die private Krankenversicherung 1927/28, Berlin S. 158.

kurzfristigen Verträge der Versichertenwanderung Tür und Tor geöffnet. Der Vertreter, dem in erster Linie daran gelegen ist, ein quantitativ gutes Geschäft hereinzubringen und der wenig Verständnis für qualitatives Geschäft hat, sucht mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln diese Kündigungsmöglichkeit auszunützen. Jedes Vierteljahresende und heute jeder Jahresschluß setzte und setzt die Unzahl der Vertreter in Bewegung und die Versicherten werden überlaufen und bestürmt, bei der alten Gesellschaft aus- und zu einer anderen Versicherung überzutreten. Dadurch ist es auch erklärlich, daß der Konkurrenzkampf bei der Krankenversicherung sehr groß ist. Wie weit dies geht, ersieht man daraus, daß es gar nicht selten Werber gibt, die in ihrer Aktentasche bereits fertige Kündigungsschreiben, die nur mehr der Unterschrift bedürfen und zumeist vom Werber selbst befördert werden, mit sich führen. In der Natur des Versicherungsvertrages mit seinen Schutzbestimmungen für den Versicherer, die der Versicherte nicht versteht und als Schikane betrachtet, liegt es, daß leicht Meinungsverschiedenheiten entstehen können. Es ist für eine Versicherung unmöglich, jeden Schadensfall zur Zufriedenheit des Versicherten zu regulieren und eine, wenn auch nur vorübergehende Unstimmigkeit des Versicherten, ist der beste Bundesgenosse für den Werber der Konkurrenzgesellschaft und kann infolge der leichten Lösbarkeit des Vertrages zum Austritt führen. Da zudem die Krankenversicherung die häufigsten Schadensfälle von allen Versicherungssparten aufzuweisen hat, können sich die Unstimmigkeiten derart häufen, daß der Versichertenbestand der Gesellschaft aufs Schwerste gefährdet wird. Es muß daher Hauptaufgabe der Krankenversicherung sein, eine längere Vertragsdauer zu erreichen. Erst wenn sie, gleich den anderen Versicherungssparten über langfristige Versicherungsverträge verfügt, und dadurch stabil ist, kann sie an einen Ausbau des Geschäftes denken.

Wenn das Mitglied gekündigt hat, so erlöschen mit der Kündigung alle Ansprüche auf die Leistungen und, bei Gegenseitigkeitsvereinen, auf das Vermögen der Versicherung.

Das Ende des Versicherungsvertrages durch den Tod des Versicherten und durch Wegzug des Versicherten aus dem Geschäftsgebiet der Gesellschaft ist selbstverständlich. Auch bei diesen Gründen enden die Ansprüche des Versicherten mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

Anders verhält es sich, wenn die Versicherung den Vertrag kündigt. Wohl gelten auch hiefür die gleichen Kündigungs-

fristen wie bei der Kündigung durch den Versicherten, aber der Versicherte hat noch eine gewisse Zeit lang, meistens 3 Monate, Anspruch auf die Leistungen der Versicherung, wenn er zur Zeit des Vertragsendes noch erkrankt und sich die Behandlung dieser Erkrankung über den Vertrag hinaus erstreckt. Dieser Schutz des Versicherten soll die Gesellschaft hindern, große und teuere Schadensfälle abzuwälzen. Bestünde er nicht, so läge es nahe, daß die Versicherung auf diese Weise ihr untragbar erscheinende Risiken abstoßen würde.

Außerdem steht den Gesellschaften auch noch das Recht des Ausschlusses zu. Von diesem Recht können sie Gebrauch machen, wenn der Versicherte, um die Mitgliedschaft zu erwerben, wissentlich falsche Angaben über seine Person oder seinen Gesundheitszustand gemacht hat, oder die im Aufnahmeantrag gestellten Fragen nicht wahrheitsgetreu beantwortete, wenn er seiner Prämienverpflichtung trotz Mahnung nicht nachkommt oder wenn er die Versicherung ideell oder materiell wissentlich schädigt. Diese Ausschlußgründe sind den Gesellschaften ohne weiteres zuzugestehen, denn gerade die Krankenversicherung mit ihren vielen Schäden hat unter Betrugsversuchen außerordentlich zu leiden. Der Möglichkeiten hiezu sind so viele und die Summen so gering, daß es sehr oft dem Versicherten überhaupt nicht zum Bewußtsein kommt, einen Versicherungsbetrug verübt zu haben.

Als letzten Grund zur Lösung des Versicherungsvertrages sehen die A. V. B. aller Gesellschaften noch die Versicherungspflicht vor. Wie bereits erwähnt, kann die private Krankenversicherung nur nichtversicherungspflichtige Personen aufnehmen und muß diese wieder freigeben, wenn sie versicherungspflichtig werden.

Um den freiwillig ausgetretenen Versicherten den Wiedereintritt zu erleichtern, sehen einzelne Gesellschaften vor, daß der Wiedereintretende, falls sein Eintritt in einem gewissen Zeitraum erfolgt, ohne Entrichtung einer Aufnahmegebühr seine Versicherung wieder in Kraft treten lassen kann. Diese Erleichterung ist wiederum auf die kurzfristigen Verträge zurückzuführen. Die Gesellschaften müssen eben alles versuchen, um ihren Versichertenbestand zu erhalten.

3. Leistungspflicht.

Den zweiten Hauptteil der A.V.B. aller Gesellschaften nehmen die Bestimmungen über die Leistungspflicht der Gesellschaft ein.

Die Leistungen selbst beginnen nach Zurücklegung einer allgemeinen Wartezeit, die durchwegs bei allen Gesellschaften 3 Monate währt. Diese 3 Monate, während denen der Versicherte ohne Versicherungsschutz ist, sollen der Versicherung einerseits die Möglichkeit geben, dem Vertreter eine Aufnahmeprovision zu sichern, um ihn dadurch am Geschäft zu interessieren, und andererseits sollen sie das Risiko vermindern. Würde diese allgemeine Wartezeit fortfallen, so müßten bereits die ersten Monatsprämien für einen möglicherweise auftretenden Schadensfall zurückbehalten und angesammelt werden. Da das Hauptverdienst des Vertreters auf der Aufnahmeprovision beruht, müßten die Mittel hiezu anderweitig aufgebracht werden. Dies könnte nur durch eine Allgemeinerhöhung der Prämien erfolgen. Durch die Einführung der Wartezeit kann dies vermieden werden und der Gesellschaft stehen die Prämien-Einnahmen aus den ersten drei Monaten für den oben angegebenen Zweck zur Verfügung. Der Hauptvorteil der allgemeinen Wartezeit für die Versicherung ist aber die Verringerung des Risikos. Der Versicherungsinteressent, der sich versichern läßt, weiß, daß er durch diese Wartezeit einen größeren Zeitraum lang keinen Leistungsanspruch stellen kann. Er wird daher mit dem Abschluß der Versicherung nicht so lange warten, bis er sich krank fühlt, sondern die Versicherung bereits in gesunden Tagen abschließen. Die Versicherung kann deshalb damit rechnen, auch ohne der ärztlichen Voruntersuchung des Versicherungsinteressenten, verhältnismäßig gute Risiken zu bekommen. Sollte es der Neuversicherte tatsächlich fertig bringen, die Behandlung einer bereits vor Abschluß der Versicherung bzw. in den Wartemonaten objektiv empfundenen Erkrankung bis nach Vollendung der Wartezeit hintanzuhalten, so wird der ärztliche Befund die frühere Entstehungszeit der Krankheit mühelos feststellen können und die Versicherung kann die Leistungspflicht ablehnen. Durch die allgemeine Wartezeit wird somit die Versicherungs-Ausnützung — der Versicherungsbetrug — unterbunden.

Leider verleugnen die Gesellschaften dieses gesunde Geschäftsgebaren, wenn sie diese Wartezeit bei Uebertritten aus anderen Versicherungen oder aus werbetechnischen Gründen ermäßigen. Die A.V.B. fast aller Gesellschaften sehen nämlich bei unmittelbarem Uebertritt aus einer anderen Krankenversicherung eine Ermäßigung der Wartezeit bis zu 2 Monaten vor. Wenn auch die Gefahr des schlechten Risikos in diesem Falle gemindert wird, denn der Versicherte ge-

hörte bereits einer anderen Versicherung an und die neue Gesellschaft braucht, wie wir später sehen werden, die von der alten Gesellschaft vergüteten Erkrankungen nicht anzuerkennen, so bleibt doch der Ausfall der Prämien für die um die Wartezeit reduzierten Monate, denn der Vertreter erhält auch bei Uebertritten seine Abschlußprovision. Besonders die neuen Gesellschaften arbeiten mit dieser Methode, um möglichst rasch einen großen Versichertenbestand zu gewinnen. Würden sie die Ermäßigung der Wartezeit nicht gewähren, so würde es kaum einem bereits Versicherten einfallen, seine Versicherung zu wechseln und eine, wenn auch nur kurze Zeit lang den Versicherungsschutz aufzugeben. Die so Handelnden vergessen, daß auch eine noch so intensive Werbung niemals den Boden einer Versicherung verlassen darf und sie verläßt ihn zweifellos, wenn sie mit ermäßigten Wartezeiten arbeitet. Anders verhält es sich bei Unfällen. Hier fällt die Wartezeit mit Recht fort, denn der Schaden bleibt objektiv verursacht.

Für besondere Leistungen haben die Gesellschaften die Wartezeit erhöht. Meist erfolgt dies für die Vergütung für Operationen, Wochen- und Geburtshilfe, Zahnbehandlung und Sterbegeld. Alle diese Versicherungsarten verursachen erfahrungsgemäß Kosten, die mit einigen Monatsprämien nicht zu decken sind. Für diese Leistungsarten wird durchschnittlich eine Wartezeit von 6—9 Monaten vorgesehen, für das Sterbegeld sogar eine solche von einem Jahr, und von da ab erhöht sich von Jahr zu Jahr die Auszahlungssumme.

Nach Ablauf dieser Wartezeiten beginnt der Anspruch auf die Versicherungsleistungen. Die Leistungen selbst sind in den A.V.B. nur grundsätzlich festgelegt. Die Höhe der Einzelleistungen bestimmen die Leistungstarife, die zwar einen wesentlichen Bestandteil der A.V.B. darstellen, aber in sich doch völlig getrennt zu betrachten sind.

Die Versicherung kann die Leistungspflicht von der Vorlage eines ärztlichen Gutachtens über Art der Erkrankung, Entstehungsgeschichte derselben usw. abhängig machen. Die Kosten dieses Gutachtens trägt die Versicherung. Durch dieses Gutachten soll festgestellt werden, ob es sich um eine akute Erkrankung handelt oder um ein altes chronisches Leiden, dessen Entstehung vor den Abschluß der Versicherung oder in die Wartemonate fällt, und das im Bejahungsfall nicht kostenpflichtig ist.

Weiterhin enthalten die A.V.B. die Schutzmaßnahmen der Versicherer, wie Einschränkung der Leistungspflicht, Ge-

fahrenausschluß und besondere Hinweise über die Auslegung der einzelnen Leistungsarten.

Vor allem wird festgestellt, daß seitens der Versicherung eine Leistungspflicht für sogenannte „alte Leiden" nicht besteht. Wenn auch die Fassung dieses Paragraphen fast bei allen Gesellschaften verschieden ist, so herrscht bezüglich des Inhalts doch allgemeine Uebereinstimmung. Die weitaus beste Fassung dieser Leistungseinschränkung haben die von den Verbänden ausgearbeiteten Normativ-Bedingungen[9]).

Die Definition der „alten Leiden" beruht dort auf drei Möglichkeiten, und zwar ob

a) das Leiden schon vor Versicherungsabschluß, oder

b) während der Wartezeit begonnen hat, und

c) mit einer früheren Erkrankung in unmittelbar ursächlichem Zusammenhang steht.

Es braucht nicht besonders hervorgehoben werden, daß diese Schutzmaßnahme die meisten und schwerwiegendsten Differenzen zwischen Versicherten und Versicherern verursacht.

Vom versicherungstechnischen Standpunkt aus betrachtet, ist den Versicherern das Recht zuzugestehen, alle Krankheiten, die vor Inkrafttreten der Versicherung entstanden sind, abzulehnen, denn der Versicherungsschutz soll nach Ansicht der Gesellschaften ja nur für alle während der Vertragsdauer auftretenden akuten Erkrankungen gegeben werden. Da der Versicherungsvertrag eigentlich erst mit Ende der Wartezeit beginnt, würde es gegen die guten Sitten verstoßen, wenn ein Vertragskontrahent, in diesem Falle die Versicherung, eine Verbindlichkeit erfüllen müßte, die bereits vor Vertragsabschluß entstanden ist. Zudem kommt, daß in die Prämien nur das akute Risiko, das erst nach Versicherungs-

[9]) **Die Normativ-Bedingungen des Leipziger Verbandes** (Deutsche Vers.-Ztg., Jahrgang 1929, Nr. 7, vom 1. April 1929, S. 71). „Versicherungsschutz bei Krankheiten, Leiden, Anomalien und körperlichen Fehlern ist ausgeschlossen, wenn

a) die Anzeichen der Krankheit usw. vor Beginn des Versicherungsvertrages den Versicherten oder einem Dritten erkennbar geworden sind,

b) sie in der Wartezeit (auch ohne Kenntnis des Versicherungsnehmers) entstanden sind, oder bestanden haben,

c) sie mit früher erkennbar gewordenen Krankheiten, Leiden usw. in unmittelbarem, ursächlichem Zusammenhang stehen, auch wenn sie nach Ablauf der Wartezeit noch nicht behoben sind.

Den Nachweis, daß die Leistungsausschlußgründe nicht vorliegen, hat das Mitglied zu erbringen, wenn die ersten Anzeichen der Krankheit innerhalb 6 Monaten nach Versicherungsbeginn eintreten."

beginn auftritt, einkalkuliert ist, und die Versicherung daher eine solche Mehrleistung unter den heute gegebenen Verhältnissen gar nicht tragen könnte. Aehnlich wie bei dem Fortfall der Wartezeit, nur in viel größerem Umfange, würden sich bei Außerachtlassung dieser Schutzmaßnahme die schlechten Risiken vermehren und die Versicherung würde bald fast nur aus solchen Versicherten bestehen, die, seit langem krank, nur im Bewußtsein ihrer Leistungsbedürftigkeit sich versichern ließen. So könnte es geschehen, daß, um nur ein Beispiel anzuführen, ein schwer Lungenleidender einen Versicherungsvertrag abschließen würde, um nach 3monatlicher Wartezeit und nach Einzahlung einiger 20 Mark das Hundert — wenn nicht sogar das Tausendfache an Leistungen zurückzuverlangen. Daß dies bald zum Zusammenbruch der Versicherung führen müßte, ist klar.

Der Versicherungsnehmer steht solchen versicherungstechnischen Fragen meist verständnislos gegenüber. Er kann nicht differenzieren, ob die Leistungsverweigerung begründet ist oder nicht, er sieht in ihr nur das Bestreben der Versicherung, sich ihrer Leistungspflicht zu entziehen. Noch unverständlicher wird ihm diese Leistungsverweigerung, wenn die Versicherung ein „altes Leiden" ablehnt, das er subjektiv nicht empfunden hat. Die meisten „alten Leiden" werden von den Versicherten vorher nicht subjektiv empfunden und können demzufolge in den Augen des Versicherten keine alten Leiden sein. Aus diesem Grunde wird die Fassung dieses Leistungsausschlußparagraphen in den Normativ-Bedingungen vieles zur Klärung der Frage beitragen; denn der Leistungsausschluß für die „alten Leiden", die vor Versicherungsabschluß entstanden sind, soll nach diesen nur dann bestehen, wenn das Leiden dem Versicherten erkennbar wurde, also wenn subjektiv empfundene Beschwerden aufgetreten sind. Der Versicherte wird bei einer derartigen Fassung der A. V. B. dem Leistungsausschluß nicht mehr verständnislos gegenüberstehen, denn er kann selbst beurteilen, ob er schon vorher krank war und weiß dadurch von vornherein, ob ein Leistungsanspruch besteht. Allerdings bedeutet diese Fassung eine Erweiterung des Risikos, denn die bisher gültigen A. V. B. verweigern grundsätzlich den Kostenersatz für „alte Leiden" gleichviel ob sie der Versicherte kannte oder nicht.

Lediglich für die Leiden, die während der Wartezeit entstanden sind, wurde auch in den Normativ-Bedingungen die bisherige Auffassung beibehalten.

Daß der Nachweis der Leistungsausschlußgründe vom Mitglied zu erbringen ist, wenn die ersten Anzeichen der Erkrankung in den ersten sechs Monaten nach Versicherungsbeginn eintreten, hat für die Versicherer insoferne Bedeutung, als das Mitglied, wenn es seine vermeintlichen Ansprüche einklagt, beweispflichtig ist, und die Kosten des ärztlichen Gutachtens, das benötigt wird, um den Leistungsausschluß überhaupt festzustellen, zu tragen hat. Letzteres bedeutet eine nicht unwesentliche finanzielle Entlastung für die Versicherung.

Mit dieser Auffassung der Erstattungspflicht der alten Leiden setzt sich die private Krankenversicherung in bewußten Gegensatz zur Sozialversicherung, da letztere den Begriff der alten Leiden überhaupt nicht kennt[10]). Bei den zur Zeit auftauchenden Bestrebungen der Sozialversicherung, wichtige Teile der mittelständischen Bevölkerung aufzusaugen, wird gerade dieses Argument bewußt herangeholt. Aber nicht nur aus diesem Grunde, sondern im Hinblick auf den Gesundheitszustand des deutschen Volkes selbst, wäre es unbedingt begrüßenswert, wenn auch diesen „Parias unter den Versicherten" ein Versichertenschutz gewährt werden könnte. Im Bereich des Möglichen läge es.

Weitere Leistungseinschränkungen sehen die A. V. B. auch noch für die Krankheiten vor, die durch Kriegsereignisse, bürgerliche Unruhen oder Teilnahme an Schlägereien entstanden sind, bezw. für alle diejenigen, die der Versicherte durch eigenes Verschulden herbeigeführt hat. Unter letztere fallen auch Erkrankungen durch übermäßigen Genuß von Rauschgiften, Selbstverstümmelungen und dergleichen mehr. Auch Sportunfälle und Unfälle durch Kraftfahrzeuge, die nicht dem öffentlichen Verkehr dienen, sind für die Versicherung nicht kostenpflichtig.

Nicht in die Prämie mit einkalkuliert und daher für die Versicherung nicht tragbar, sind außerdem technische Hilfsmittel, wie Inhalierapparate, Heizkissen usw. Die Heilmittelindustrie ist heute derart ausgebaut und versteht für ihre Artikel so gut Reklame zu machen, daß viele Artikel heute geradezu zum Haushalt gehören und die Anschaffung derselben bei Uebernahme durch die Versicherung einen der-

[10]) **Biedermann:** Entwicklung und Ziele der privaten Krankenversicherung: (Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft, Berlin 1928, S. 13 u. 23).

Balzer: Die Statistik bei der privaten Krankenversicherung, Berlin, S. 33/34.

art großen Betrag für letztere ausmachen würde, daß dieser mit der heutigen Prämie nicht zu vereinbaren wäre.

Erfreulicherweise haben alle Gesellschaften in ihren A. V. B. die Bestimmung übernommen, die Rechnungen von nicht approbierten Aerzten und sogenannten Heilkundigen nicht zu ersetzen. Der Kampf gegen das Kurpfuschertum findet daher in der privaten Krankenversicherung einen Mitkämpfer, der nicht unwesentlich dazu beitragen kann, diesem das Handwerk zu legen.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, daß es durchwegs die Versicherungen ablehnen, die Kosten von Erholungsaufenthalten zu übernehmen. Wie von den Versicherungen in den Vereinszeitungen des öfteren festgestellt wird, verschließen sie sich nicht der Tatsache der Heilwirkung, die mit diesen für den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten erzielt werden, doch erklären sie sich außerstande mit den niederen Prämien diese Art von Leistungen zu tragen.

Die Dauer der Leistungen erstreckt sich bei einzelnen Gesellschaften auf 26 Wochen, bei anderen wieder auf 39 Wochen. Nach dieser Zeit hat das Mitglied ein volles Jahr der Versicherung anzugehören, ehe es wieder leistungsberechtigt ist. Die Gesellschaften verfügen auch über Höchstgrenzen bezüglich der Gesamterstattungssumme. Verschiedene Aktiengesellschaften allerdings sehen diese Leistungsbegrenzung nicht vor, sie haben die Bestimmung: Leistungen werden auf die Dauer des Versicherungsverhältnisses gewährt.

Die Rechnungen selbst müssen im Original und nach Einzelleistungen, sowie Behandlungsdaten spezifiziert meist innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beendigung vorgelegt oder zumindest angemeldet werden. Durch diese Einreichungsfrist will sich die Gesellschaft in die Lage setzen, jederzeit ihre Verpflichtungen übersehen zu können. Das außerordentlich schwankende Risiko bei der Krankenversicherung verlangt eine periodische Nachberechnung der Prämien und dazu wird der genaue monatliche Schadensanfall benötigt.

4. Prämien.

Für die Versicherungsleistungen ist das Mitglied verpflichtet, die monatlichen Prämien als Bringschuld zu entrichten. In der Praxis allerdings wird die Prämienleistung zumeist in der Weise gehandhabt, daß die Versicherung die Prämien durch ihre Vertreter gegen eine Gebühr einziehen läßt.

Weiterhin regeln die A. V. B. noch das Mahnverfahren nebst den Folgen, die ein Zahlungsverzug mit sich bringt.

5. Normativbedingungen[11]).

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind, wie bereits eingangs erwähnt, fast bei allen Gesellschaften noch sehr unklar und lassen in vielen Punkten verschiedene Auslegungen zu. Es soll nicht verkannt werden, daß es schwer ist, ihnen eine solche Fassung zu geben, daß sie der Laie leicht übersehen kann. Die in Arbeit befindlichen „Normativ-Bedingungen", die jedoch in ihrer Endfassung noch nicht vorliegen, und daher an dieser Stelle nicht besprochen werden können, lassen das Bestreben der Gesellschaften erkennen, in dieser Hinsicht den Belangen der Versicherungsnehmer mehr gerecht zu werden. Mit ihrer Einführung dürfte der Wirrwarr der bisherigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen in vorerst befriedigender Weise beseitigt werden.

II. Kapitel.

Leistungstarife.

Bis zum Jahre 1928 mußten die deutschen Krankenversicherungsgesellschaften ihre Leistungstarife des öfteren umstellen; die Tarifpolitik der Gesellschaften zeigte noch nicht die große Linie, die sie heute aufzuweisen vermag. Ausgehend von der bedingungslosen Schadensleistung gelangte die Krankenversicherung über das reine Prozentualsystem zum reinen Maximalsystem bezw. zum Prozentualsystem verbunden mit Maximal-Einzelleistungen.

Die derzeitigen Leistungstarife zerfallen in zwei große Gruppen, und zwar:

1. die Prämien und
2. die Versicherungsleistungen.

1. Prämien[1]).

Bei den Prämien kann man drei Systeme beobachten:

a) die nach Altersstufen abgestufte Prämie,
b) die nach der Zugehörigkeit zum Geschlecht abgestufte Prämie, und

[11]) Die Normativ-Bedingungen des Leipziger Verbandes (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Jahrgang 1929, Nr. 7, vom 1. April 1929, S. 70—72).

[1]) Leistungstarife der Gesellschaften des Leipziger und Dresdner Verbandes vom 1. 1. 1931.

c) die nach Altersstufen und Geschlechtszugehörigkeit abgestufte Prämie, eine Kombination aus a) und b).

a) Zweifellos verändert sich das Risiko mit dem Lebensalter. Es erscheint demnach als angebracht, die Prämie auf Grund des Alters des Versicherten festzulegen. Die Gesellschaften, welche nach diesem System verfahren, teilen meist die Aufnahmesuchenden in Altersgruppen von je 5 bis 15 Jahren ein[2]).

Die Intervalle sind in den niederen und hohen Lebensaltern kleiner und erweitern sich in den Mittelstufen. Demzufolge ist scheinbar nach Ansicht der Gesellschaften das niedere und das hohe Alter ein größeres Risiko und die Mittelstufe, etwa zwischen 31—55 Jahren, ausgeglichen. Die Prämien beginnen mit 2—3 Mark und erhöhen sich proportional bis zur Höchstprämie von 9 Mark. Die Einstufung selbst erfolgt bei Abschluß des Versicherungsvertrages und die einmal festgesetzte Prämie bleibt für die Dauer des Versicherungsvertrages ständig die gleiche.

b) Die Gesellschaften, welche die Prämie auf Grund des Geschlechtes des Versicherten abstufen, sehen eine einheitliche Prämie für alle Männer und eine solche für alle Frauen vor. Die zu einer versicherten Familie gehörenden Kinder können gegen eine Prämie von durchschnittlich 1—2 Mark mitversichert werden und müssen nach Erreichung einer bestimmten Altersgrenze, von meist 14—15 Jahren, entweder ausscheiden, oder als Vollversicherte mit der für sie maßgebenden Prämie weiterversichert werden. Einzelne Gesell-

---

[2]) **Vereinigte Krankenversicherungs AG. (vormals Gedevag, Kosmos, Selbsthilfe) Tarife vom 1. 1. 1929:**

a) Tarif G. Altersstufen:		b) Tarif K. Altersstufen:	
0— 5 Jahre	Prämie M. 2.—	0—15 Jahre	Prämie M. 3.—
6—10 Jahre	Prämie M. 3.—	16—30 Jahre	Prämie M. 5.—
11—20 Jahre	Prämie M. 4.—	31—45 Jahre	Prämie M. 6.—
21—30 Jahre	Prämie M. 5.—	46—55 Jahre	Prämie M. 7.50
31—40 Jahre	Prämie M. 6.—	56—65 Jahre	Prämie M. 9.—
41—50 Jahre	Prämie M. 7.—		
51—60 Jahre	Prämie M. 8.—		
61—65 Jahre	Prämie M. 9.—		

Deutsche Krankenversicherungs AG, Tarif vom 1. 1. 1929:

Altersstufe:			
0— 7	Jahre	Prämie	M. 2.—
8—15	Jahre	Prämie	M. 3.—
16—30	Jahre	Prämie	M. 5.—
31—45	Jahre	Prämie	M. 6.—
46—55	Jahre	Prämie	M. 7.—
56—60	Jahre	Prämie	M. 8.—
61—65	Jahre	Prämie	M. 9.—

schaften versichern ab einer gewissen Kinderzahl, meist ab dem 4. Kind, die weiteren Kinder prämienfrei[3]).

c) Das dritte von diesen drei wichtigsten Prämiensystemen sieht die Abstufung nach Altersstufen und hierin wieder eine solche nach dem Geschlecht vor[4]).

Die übrigen Prämienarten schließen sich mit ganz geringen Abänderungen einem dieser drei Hauptsysteme an und sind nicht als eigentliches System anzusprechen.

Die beste Lösung der Prämienfrage ist wohl durch das verbundene System, bei dem die Prämie dem Alter und dem Geschlecht nach abgestuft ist, erreicht, denn die Statistiken zeigen, daß einerseits das Risiko in den einzelnen Altersstufen verschieden ist und andererseits, daß die Frauen ein weitaus größeres Risiko als die Männer bilden[5]).

Die gleichmäßige Steigerung der Prämie, wie sie die Gesellschaften, welche die Prämienabstufung nach Altersstufen gewählt haben, durchführen, ließe sich der Statistik der Regensburger Kr. und St. Vers. Anstalt zufolge wohl rechtfertigen. Beginnend mit der Grundprämie von 2 bis 3 Mark für die Altersstufe von 0—10 Jahren, kann die

[3]) **Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt f. d. Mittelstand V. a. G.**
Tarif vom 1. 1. 29:
männliche Person M. 4.—
weibliche Person M. 5.—
Kinder unter 14 Jahren: 1.—4. Kind je M. 1.—, weitere Kinder frei.

[4]) **Deutsche Beamten-Krankenversicherung, Coblenz**
Tarif vom 1. 1. 29:

Eintrittsalter:	männliche Person,	weibliche Person:
bis 45 Jahre	M. 4.—	M. 5.—
46—50 Jahre	M. 4.40	M. 5.50
51—55 Jahre	M. 4.80	M. 5.50
56—60 Jahre	M. 5.20	M. 6.—

Kinder unter 18 Jahren zusammen M. 1.50.

[5]) **Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt f. d. Mittelstand, Rechenschaftsbericht 1928, S. 13/14:**
„Die Prozentsätze des Krankenstandes mit denjenigen der Aufteilung des Mitgliederstandes auf die einzelnen Altersstufen in Verbindung gebracht, ergibt, daß die Altersstufe 0—10 Jahre ein sehr gutes Risiko, 11—20 Jahre ein gutes Risiko, 21—30 Jahre ein normales Risiko, 31—40 Jahre ebenfalls ein normales Risiko, 41—50 Jahre ein schlechtes Risiko, 51—60 Jahre ein normales Risiko und 61—70 Jahre ein sehr schlechtes Risiko war. Der Krankenstand der weiblichen Versicherten war besonders in den höheren Altersgruppen ein größerer als er normalerweise hätte sein dürfen. In den niederen Altersgruppen war es umgekehrt, hier war der Krankenstand der Männer ein größerer."

Prämie gleichmäßig erhöht werden, denn die Altersstufe 41 bis 50 Jahre, die in der Reihe übersprungen wird, wird durch die erhöhte Prämie der Altersstufe 51—60 Jahre, die im Verhältnis zur Prämie ein besseres Risiko darstellt, wieder ausgeglichen.

Um die Prämienabstufung eindeutig bestimmen zu können, wäre es nötig, die Berufs- und Geschlechtsrisikostatistiken mehrerer Gesellschaften über eine längere Zeitspanne, mindestens 5 Jahre, zur Verfügung zu haben. Da dies nicht der Fall ist, denn die Mehrzahl der Gesellschaften verfügt bis heute noch nicht über solche Statistiken und der Rest stellt sie der wissenschaftlichen Forschung nicht zur Verfügung, kann an dieser Stelle nur der Weg gezeigt werden, der beschritten werden müßte.

Mit der derzeitigen Prämienfestsetzung ist noch lange nicht eine allen Eventualitäten Rechnung tragende Prämie geschaffen, denn eine Prämie, die in versicherungstechnischer Hinsicht vollauf befriedigen könnte, müßte etwa in folgender Weise aufgebaut werden:

1 Die an Hand der effektiven Ausgaben für Schadensleistungen und Unkosten errechnete Normalprämie, müßte die Grundprämie bilden, die von jedem Versicherten, gleich welchen Alters und Geschlechts, zu entrichten wäre.
2. Als obligatorischer Zuschlag für alle Versicherten käme hiezu ein Aufschlag für Risikoschwankung und Rücklagebildung.
3. Je nach dem auf Grund der Voruntersuchung bzw. des Aufnahmeantrages bzw. der Schadenskarte festgestellten Risiko der Vorkrankheiten der Neuversicherten und Altversicherten müßte sich diese Prämie aus 1. und 2. um einen bestimmten Krankheitsrisikozuschlag erhöhen.
4. Zu der so gewonnenen Prämie käme der jeweilige Berufszuschlag.
5. Der mittels der Altersstufen-Risikostatistik errechnete Altersstufenzuschlag und der mittels der Geschlechts-Risikostatistik festgestellte Geschlechtszuschlag, wie sie anläßlich der Kritik der zur Zeit bestehenden Prämiensysteme besprochen wurden, käme als letzter Zuschlag in Betracht[6]).

[6]) **Balzer**: Die Statistik bei der privaten Krankenversicherung, Berlin 1929, S. 30—38.

Würden die Prämien der zur Zeit bestehenden Gesellschaften in vorstehend bezeichneter Weise umgestellt, so wäre zu den einzelnen Zuschlägen folgendes zu sagen.

a) Grundprämie.

Die Grundprämie errechnet sich aus der Gesamtausgabe (Schadensleistung und Unkosten). Diese Gesamtausgabe auf die Versichertenzahl umgelegt, ergibt die Bedarfsprämie, die zur Deckung des Grundrisikos dienen muß. Hierbei wäre zu beachten, daß statt der Schadensauszahlung der Nettoschadensanfall für die Schadensleistung eingesetzt wird. Der Unterschied zwischen Schadensauszahlung und Nettoschadensanfall besteht darin, daß die Höhe der Ersteren von der Gesellschaft willkürlich festgesetzt werden kann, während der letztere das tatsächliche Bild der Anforderung der Versicherten vermittelt. Nimmt man daher als Grundlage die Schadenszahlung, so wird immer ein günstigeres Bild, als tatsächlich vorhanden ist, entstehen. Aber auch der Begriff Schadensanfall kann verschieden ausgelegt werden. Versteht man hierunter nur die Rechnungen, die vom Ersten bis Letzten des betreffenden Monats eingereicht werden, so hat man noch lange nicht den effektiven Anfall erfaßt, denn dieser muß auch die Rechnungen enthalten, die zwar in dem Monat angefallen sind, aber, sei es bewußt oder unbewußt, von den Versicherungsnehmern nicht eingereicht wurden. Diesen „Sekundäranfall", wie er im Gegensatz zum „Primäranfall" genannt werden soll, berücksichtigen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Bilanzen der Gesellschaften, denn erstere schränken die Einreichungsfrist der Rechnungen auf eine bestimmte Zeit — meist drei Monate — ein und letztere halten ihn im Ausgabeposten „Schadensrückstellung" fest.

b) Zuschlag für Risikoschwankung und Rücklagebildung.

Da gerade bei der Krankenversicherung das Risiko ein außerordentlich variables ist, verlangt eine sorgfältige Kalkulation, daß hierfür ein eigener Zuschlag angesetzt wird. Wenn man von Risikoschwankung spricht, so sind nicht die Monats- und Saisonschwankungen gemeint, denn diese wechseln mit ziemlich periodischer Genauigkeit ab, sondern es werden darunter Schwankungen verstanden, die unvorhergesehen, etwa durch Epidemien verursacht, und vorerst unberechenbar auftreten. Für diese rechnet man zumeist einen Prämienzuschlag von 20—25%. Wenn von den Versicherungs-

mathematikern bisher ein derart hoher Satz verlangt wurde, so entspringt dies sicherlich mehr dem Gefühl, dadurch auch die Einzelrisiken (Krankheitsrisiko, Berufsrisiko usw.) zu erfassen, als nur einen reinen Epidemienzuschlag zu fordern. Würde die Prämie jedoch in der hier angedeuteten Weise zusammengesetzt, so dürfte statt dieses Prozentsatzes ein Aufschlag von 5 Prozent ausreichen. Ausgesprochene Epidemien waren in den letzten Jahren erfreulicherweise so selten, daß dieser Satz genügen dürfte.

Die Rücklagebildung ist bei der Krankenversicherung deshalb von sehr großer Bedeutung, weil die meisten Gesellschaften Gegenseitigkeitsvereine sind, die über kein Betriebskapital verfügen. Wenn auch bei vorsichtiger Geschäftsführung eine besondere Rücklage kaum benötigt werden wird, da die laufenden Einnahmen die laufenden Ausgaben decken müssen, so ist es doch, im Interesse der Versicherten gelegen einen Reservefonds anzusammeln. Dieser Fonds muß solange ergänzt werden, bis der Betrag einer Jahresausgabe für Schäden erreicht ist. Nur die Gesellschaft, die dies durchgeführt hat, kann die Behauptung aufstellen, für ihre Versicherten in ausreichender Weise gesorgt zu haben. Ein Zuschlag zur Prämie von weiteren 5 Prozent wird es ermöglichen, in verhältnismäßig kurzer Zeit einen ausreichenden Fonds zu erhalten.

c) Krankheitsrisikozuschlag.

Jeder Mensch ist auf Grund seiner körperlichen Konstitution mehr oder minder zu Krankheiten disponiert. Sei es, daß infolge eines einmal aufgetretenen schweren Leidens, das nie ausheilen konnte, ein Körperschaden zurückbleibt, so daß man von einer chronischen Erkrankung spricht, oder daß die allgemeine Struktur des Menschen derart schlecht ist, daß er manchen Krankheiten gegenüber leichter empfänglich wird, was sich wiederum durch eine Häufung der Erkrankungen äußert, er wird für die Krankenversicherung immer ein verschieden großes Risiko bleiben. Die Gesellschaften haben sich dadurch zu schützen versucht, daß sie nur für akut nach Versicherungsabschluß bzw. Ablauf der Wartezeit auftretende Krankheiten Kostenleistung gewähren und im Zweifelsfall durch Einholen von Attesten den Zusammenhang mit einer früheren Erkrankung festzustellen suchen. Dieser Schutz wird aber immer nur ein ungenügender bleiben und den Aufbau verzögern. Da der Versicherte selbst diese Einschränkungen ebenfalls nicht verstehen will,

ist hier der Grund zu den größten Differenzen zwischen Versicherer und Versicherten gegeben. Dieser Begriff der „alten Leiden" könnte wegfallen, wenn man Krankheitszuschläge einführen würde. Mittels Krankheitstafeln kann das Auftreten der Hauptkrankheitsarten der Stückzahl und der Kosten nach für männliche und weibliche Versicherte festgehalten werden. Auf Grund dieser Statistik läßt sich der Prämienzuschlag errechnen, der verlangt werden muß, wenn man die „alten Leiden" auch in das Risiko mit einschließen will und außerdem ist festzustellen, in welchem Maße die Disposition zu irgend welchen Krankheitsarten das Risiko verändert. Der Hauptvorteil dieser Krankheitszuschläge wäre aber der, daß jeder Versicherte auf Grund seines Risikos zur Prämienleistung herangezogen würde. Für relativ gesunde Personen ohne Vorkrankheiten käme eine Erhöhung der Prämie überhaupt nicht in Betracht; für diese würde sich sogar die Versicherung im Gegensatz zu heute, sicherlich verbilligen.

d) Berufsrisikozuschlag.

Eine Tatsache ist, daß die Lebensbedingungen des Menschen seine Empfänglichkeit für Krankheiten beeinflussen. Andererseits aber wieder bestimmt der Beruf die Lebensbedingungen. Was liegt daher näher, als die Prämien auch dem Beruf nach abzustufen? Einige Beispiele:

Der wirtschaftlich Selbständige ist ein besseres Risiko als der Beamte, da ersterer eine Unterbrechung seiner Berufstätigkeit nur unter erschwerten Verhältnissen durchführen kann und daher den Eintritt des Schadens nach Möglichkeit hinausschieben wird.

Der Gastwirt wird seine Gesundheit mehr gefährden, als derjenige, der nach vollbrachter Tagesarbeit der Ruhe pflegen kann.

Wieder andere Berufsgruppen sind Unfällen in erhöhtem Maße ausgesetzt — kurz jede Berufskategorie hat ihr gesondertes Risiko.

Ob dieses Risiko nun dem Beruf selbst entspringt, oder, infolge der erhöhten Lebensansprüche, die der Beruf vielleicht mit sich bringt, entsteht, ist nicht von Belang. Tatsache ist, daß es vorhanden ist, und daß dies bisher nicht beachtet wurde. Während die Lebensversicherung zum Beispiel sich darauf beschränken kann, das Berufsrisiko durch verschärfte Auswahl bei der Werbung zu berücksichtigen, muß die Krankenversicherung infolge der leichteren Eintrittsmöglichkeit des Schadens darauf viel mehr Gewicht legen.

Die systematische Beobachtung der Erkrankungshäufigkeit bei den einzelnen Berufsgruppen ermöglicht die Feststellung des tatsächlichen Verbrauches der Berufsgruppen. Die normale Inanspruchnahme der gleichen Gruppen ergibt sich aus der Umlegung des Gesamtschadensanfalles auf die in ebendieselben Berufsgruppen aufgeteilten Mitgliederbestände. Beide Ermittlungen gegenübergestellt, erbringen den effektiven und prozentualen Mehr-, bezw. Wenigerverbrauch der Berufsgruppen und damit die Höhe der einzelnen Berufsrisikozuschläge.

e) Altersstufen und Geschlechtszuschläge.

Die Bedeutung und Erfassung dieser Prämienzuschläge wurde bereits bei der Besprechung der drei heute bestehenden Prämiensysteme erörtert[7]).

Die in vorstehend bezeichneter Weise zusammengesetzte Gesamtprämie würde jeden einzelnen Versicherten in der Höhe seines Risikos zur Prämienleistung heranziehen. Allerdings bedarf sie eingehender Statistiken über den Primär- und Sekundär-Schadensanfall, über das Auftreten der Hauptkrankheitsarten, über die Erkrankungshäufigkeit bei den einzelnen Berufen sowie über das Alters- und Geschlechtsrisiko. Da zur Zeit solche Statistiken noch nicht vorliegen, konnte an dieser Stelle das Problem der Gesamtprämie nur prinzipiell erörtert werden.

2. Versicherungsleistungen[8]).

Für die in den Tarifen festgelegten Prämien werden an Versicherungsleistungen vergütet:

a) reine Arzt- und Facharztkosten,
b) Sonderleistungen,
c) Operationskosten,
d) ärztliche Weggebühren,
e) Arzneikosten,
f) Heilmittel,
g) Krankenhauspflege,
h) Beförderungskosten von und zum Krankenhaus,
i) Wochenhilfe,
k) ärztliche Geburtshilfe,
l) Zahnbehandlung,
m) Zahnersatz,
n) Sterbegeld.

[7]) s. oben II. Teil, II. Kapitel, I. Abschnitt, S. 38 ff.
[8]) Leistungstarife der Gesellschaften des Leipziger und Dresdner Verbandes vom 1. 1. 1931.

a) Arzt- und Facharztkosten.

Bezüglich der Rückerstattung der Arzt- und Facharztkosten kann man zur Zeit zwei Hauptsysteme beobachten: das reine Maximalsystem und das Prozentualsystem verbunden mit Maximaleinzelleistungen.

Das reine Maximalsystem setzt für die drei Grundleistungen des Arztes, für Beratung, Besuch und Nachtbesuch, Maximalgrenzen fest, bis zu welchen für die Leistungen des Arztes die Kostenrückerstattung erfolgt[9]). Je nach der Höhe der Prämie sind diese Maximalgrenzen festgesetzt. Durchschnittlich werden für eine Beratung 2 bis 4 Mark, für einen Besuch 4 bis 6 Mark und für einen Nachtbesuch 8 bis 16 Mark vergütet. Einzelne Gesellschaften sehen außerdem für eine spezialärztliche Beratung bzw. einen Besuch und Nachtbesuch, eine ca. 50prozentige Erhöhung der, für die Leistungen der praktischen Aerzte vorgesehenen, Leistungssätze vor. Erstreckt sich die ärztliche Honorarforderung bis zur Maximalgrenze, so erhält der Versicherte den vollen Betrag der Rechnung, geht sie über diese Grenze hinaus, so hat er den Differenzbetrag zwischen Maximalgrenze und Rechnungsbetrag selbst zu bezahlen. Da die von den Gesellschaften zugesicherten Sätze als Mittelsätze der Privatpraxis zu betrachten sind, wird in den meisten Fällen der von der Gesellschaft ersetzte Betrag zur Begleichung der ärztlichen Liquidation genügen. Consultiert der Versicherte allerdings Kapazitäten (Universitätsprofessoren u. dergl. mehr), so ist er durch die Versicherung nicht gedeckt und er wird den größten Teil der Rechnung aus eigenen Mitteln tragen müssen, denn den Gesellschaften ist es nicht möglich, bei den verhältnismäßig niederen Prämien derart hohe Kosten zu übernehmen.

Nach dem Prozentualsystem verbunden mit Maximaleinzelleistungen werden grundsätzlich nur gewisse Prozentsätze der Rechnung — meist 70—90% vergütet, wobei diese Prozentualleistung wiederum durch Maximalsätze begrenzt ist[10]).

[9]) **Versicherungsanstalt des Bayer. Gewerbebundes, München** Tarif vom 1. 1. 1931:
ärztl. Beratung bis M. 2.— (Spezialarzt bis M. 3.—)
ärztl. Besuch bis M. 4.— (Spezialarzt bis M. 5.—)
ärztl. Nachtbesuch bis M. 6.— (Spezialarzt bis M. 7.—)

[10]) **Deutsche Krankenversicherung AG.**
Tarif vom 1. 1. 1931:
ärztliche Beratung 75% bis M. 3.75
ärztlicher Besuch 75% bis M. 7,50
ärztlicher Nachtbesuch 75% bis M. 22.50

Dieses System stellt eine große Benachteiligung der Versicherten dar, die aus Ersparnisgründen einen billigen Arzt aufsuchen, und begründet eine Bevorzugung der Bessersituierten, die teuere Aerzte consultieren. Ein Beispiel hierfür: Ein Versicherter erhält von seinem Arzt eine Rechnung und in derselben ist für einen Besuch ein Betrag von 5 M ausgesetzt. Angenommen, die Versicherung leistet für den Besuch bis 7,50 M. Der Versicherte erhält demnach 75% aus 5 M = 3,75 M. Da 75% der Rechnung noch nicht die Maximalgrenze erreichen, bekommt er 3.75 M ausbezahlt. Bei einem anderen Versicherten der gleichen Gesellschaft verrechnet der Arzt für einen Besuch 8 M. Dieser Versicherte erhält 75% aus 8 M = 6 M, und da dieser Betrag auch noch unterhalb der Maximalgrenze liegt, den Betrag von 6 M. ausbezahlt.

Da die Prämienleistung für alle Versicherten — Schlechtsituierte und Bessersituierte — die gleiche ist, wäre es erforderlich, daß auch die Schadenleistung der Versicherung konstant bleibt. In dieser Beziehung bildet das reine Maximalsystem einen gleichmäßigeren und gerechteren Versicherungsschutz, denn dort erhält das Mitglied, dessen Arzt niedere Taxen berechnet, den vollen Rechnungsbetrag, solange dieser unter der Maximalgrenze bleibt.

b) Sonderleistungen.[11])

Unter Sonderleistungen versteht die Versicherung alle diejenigen ärztlichen Behandlungen, die über den Rahmen der reinen ärztlichen Leistungen — Consultationen und Besuche — hinausgehen, und nicht als Operationen anzusehen sind. Auch die ärztlichen Sachleistungen, wie physikalische Behandlung, Bäder, Bestrahlungen, anderweitige Anwendung des elektrischen Stromes und Röntgenleistungen, sind nicht zu den Sonderleistungen zu rechnen. Die „Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Aerzte", Jahrgang 1928, führt in Abschnitt D diese Sonderleistungen einzeln an. In dieser Gebührenordnung sind für die Sonderleistungen Mindest- und Höchstgrenzen festgesetzt. Die Mindestgrenze ist die Armentaxe, die der Arzt dem besitzlosen Patienten gegenüber anzusetzen hat. Außer dieser Einschränkung ist es ihm freigestellt, die Höhe seiner Liquidation festzusetzen[12]).

[11]) Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Aerzte. Hartmannbund Leipzig 1928, S. 15—45.

[12]) **Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Aerzte 1928 § 3, S. 6:**

„Die Höhe der im Einzelfall anzusetzenden Vergütungen richtet sich nach seinen besonderen Umständen, namentlich nach den örtlichen Verhältnissen, der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen, der Mühewaltung und dem Zeitaufwand."

Im allgemeinen kann man als Mittelsätze für die Sonderleistungen den 2 bis 3fachen Mindestsatz annehmen.

In diesem Maßstab wird auch die Schadensleistung für Sonderleistungen von den Gesellschaften festgelegt. Die Gesellschaften vergüten durchschnittlich den $1^1/_2$ bis 3fachen Mindestsatz der Gebührenordnung[13]). Versicherungen, die nach dem Prozentualsystem arbeiten, schränken diese Maximalleistungen in ähnlicher Weise wie bei den reinen Arztkosten ein, indem sie solange einen bestimmten Prozentsatz der Rechnung vergüten, bis dieser Prozentsatz die Maximalgrenze erreicht hat.

Einzelne Gesellschaften vergüten erst die Sonderleistungen, deren Mindestsatz mehr als M 2.50 beträgt und lassen alle unter diesem Mindestsatz sich bewegenden Sonderleistungen mit der Vergütung der reinen Arztkosten als abgegolten gelten[14]). Da es nur ganz wenige Sonderleistungen mit einem Mindestsatz unter M 2.50 gibt, ist diese Bestimmung nicht einschneidender Natur.

c) Operationskosten.

In der „Allgemeinen Deutschen Gebührenordnung" sind diejenigen ärztlichen Verrichtungen, die als Operation anzusprechen sind, ebenfalls als Sonderleistungen charakterisiert. Die meisten Versicherungsgesellschaften hingegen haben die Vergütung der Operationskosten als gesonderte Leistungsart in ihre Tarife aufgenommen. Sie sehen auch hiefür die Erstattung bis zu einem gewissen Mindestsatz — meist ebenfalls $1^1/_2$ bis 2facher Mindestsatz — vor, und begrenzen außerdem den Gesamtanspruch des Versicherten auf diese Leistungsart durch einen Maximalbetrag[15]). Dieser Maximalbetrag beträgt bei den einzelnen Gesellschaften zwischen 100 und 400 Mark. Für die einzelne Operation spielt diese Maximalgrenze keine ausschlaggebende Rolle, denn da die

---

[13]) **Deutsche Krankenversicherungs AG., Berlin**
Tarif vom 1. 1. 1930:
Sonderleistungen 75% bis zum 2fachen Mindestsatz d. Adgo.
Versicherungsanstalt des bayer. Gewerbebundes München
Tarif II vom 1. 1. 1930.
Sonderleistungen $1^1/_2$facher Mindestsatz der Adgo.

[14]) **Deutsche Beamten-Krankenversicherung, Coblenz.**
Tarif vom 1. 1. 1930:
Sonderleistungen, die die Adgo mit mehr als M. 2.50 im Mindestsatz bewertet, mit 70% bis 80% vom 2fachen Mindestsatz.

[15]) **Gilde, Deutsche Versicherungs AG, Essen.**
Tarif vom 1. 1. 1930:
Operationen: bis zum 2fachen Mindestsatz der Adgo bis 200 M.

meisten Gesellschaften doch wenigstens den 2fachen Mindestsatz vergüten, wird diese Maximalgrenze fast nie erreicht. Nur bei ganz wenigen Operationen beträgt der 2fache Mindestsatz mehr als 300 M. Von Bedeutung ist diese Maximalgrenze lediglich für die Versicherten, die mehrere Operationen unmittelbar nacheinander durchzumachen haben. In diesen Fällen kann die Maximalgrenze erreicht und der Versicherungsschutz begrenzt werden.

Fast durchwegs gelten die Nebenleistungen zur Operation, wie Assistenz, Narkose, Operationssaalbenützung usw. als abgegolten, wenn die Operationskosten selbst auf Grund der tariflichen Leistungspflicht ersetzt sind[16]).

Einzelne Gesellschaften jedoch kennen die Leistungsgrenzen für Operationen und Sonderleistungen in ihrem Leistungstarif nicht. Bei diesen werden die ersteren nach den gleichen Grundsätzen wie die Sonderleistungen vergütet[17]).

d) Aerztliche Wegegebühren.

Ist der Wohnsitz des Arztes nicht zugleich der Wohnsitz des Patienten, so ist der Arzt berechtigt, eine eigene Wegegebühr, außer den sonstigen ärztlichen Leistungen, zu berechnen. Dies trifft nicht selten bei den auf dem Lande wohnenden Versicherten zu, denn hier muß der Arzt oft viele Kilometer zurücklegen, wenn er seine Krankenbesuche macht. Die Versicherungsgesellschaften sehen daher in ihren Leistungstarifen eine eigene Leistungsart: Aerztliche Wegegebühren vor. Sie begrenzen die Leistung für den Doppelkilometer mit 1—2 Mark und die Gesamtleistung hiefür teils mit 40 Mark, teils mit 50 und 60 Mark. Einen eigenen Prämienaufschlag für diese Vergütungsart für die auf dem Lande wohnenden Versicherten, sehen sie nicht vor[18]).

---

[16]) **Versicherungsanstalt des bayer. Gewerbebundes, München.** Tarif vom 1. 1. 1930:
Operationen: unter Abgeltung der mit Operationen verbundenen Sonderleistungen (Narkose usw.) bis zum $1^1/_2$fachen Mindestsatz der Adgo.

[17]) **„Vohk", Vers.-Anst. ostd. Handw.-Kammern V. a. G., Berlin.** Tarif vom 1. 1. 1930:
Sonderleistungen und Operationen: bis zum 2fachen Mindestsatz der Adgo.

[18]) **Westdeutsche Versicherungsanstalt f. selbst. Handwerker, Kaufleute und Gewerbetreibende a. G. Dortmund**
Tarif vom 1. 1. 1930:
Wegegebühren: 1 RM pro Doppelkilometer bis M. 40.— jährlich.
„Barmenia", Versicherungsbank für Mittelstand u. Beamte, Barmen
Tarif vom 1. 1. 1930:
Wegegebühren: 2 RM pro Doppelkilometer bis M 40.—.

Daß ein Versicherungsschutz für diese Kosten gewährt werden muß, soll nicht bestritten werden, denn es handelt sich hier zweifellos um reine Krankheitskosten; sehr bezweifelt aber muß werden, ob eine solche Leistung ohne Prämienaufschlag dem Sinne der Versicherung entspricht. Die Versicherungsleistungen, für die von allen Versicherten die gleichen Prämien verlangt werden, sollen für alle Versicherten dieselben sein; dieser Grundsatz ist nicht gewahrt, wenn die ärztlichen Wegegebühren ohne Prämienaufschlag ersetzt werden, denn nur ein geringer Teil der Versicherten kann diese Leistungen beanspruchen.

Diesen Standpunkt vertreten anscheinend auch die Gesellschaften, die eine solche Vergütung in den Leistungstarifen nicht vorsehen — vorwiegend die Aktiengesellschaften[19]).

Das zweckentsprechendste wäre, diese Leistungsart im ausreichenden Maße in die Leistungstarife aufzunehmen und hierfür für die Versicherten, die diese Leistung verlangen, einen geringen Prämienaufschlag festzusetzen.

e) Arzneikosten.

Die Arzneikosten werden fast von allen Gesellschaften in voller Höhe ersetzt[20]); nur ganz wenige Versicherungen vergüten sie mit einem Prozentsatz — dann meist mit 70 bis 80%[21]).

Es erscheint nicht vorteilhaft, die Arzneikosten bedingungslos zu ersetzen, denn gerade bei dieser Leistungsart kann von den Versicherten stark gesündigt werden. Es gibt nicht wenige Arzneien, die von besorgten Kranken nur allzuoft erneuert werden und es gibt nicht wenig Versicherte, die vom Arzt nur zu ihrer Beruhigung eine Arznei verschrieben erhalten. Wenn man die Meinung aufrichtiger und objektiver Aerzte hört,[22]) so wird man zugeben müssen, daß

[19]) **Deutsche Krankenversicherungs AG. Berlin.**
Tarif vom 1. 1. 1930:
„Leipziger Fürsorge", Versicherungsanstalt für Beamte und freie Berufe, Leipzig, Tarif vom 1. 1. 1930.

[20]) **Westdeutsche Versicherungsanstalt f. selbst. Handwerker, Kaufleute und Gewerbetreibende a. G., Dortmund**
Tarif vom 1. 1. 1930. Arzneien: in voller Höhe.

[21]) **Krankenkasse Deutscher Lehrer, Dortmund**
Tarif vom 1. 1. 1930. Arzneien: 70%.
Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand. Tarif v. 1. I. 1930. Arzneien: 75%.

[22]) **Lieck:** Der Arzt und seine Sendung, Verlag J. F. Lehmann, München, 1927.

der „Arzneihunger" mancher Patienten von den Aerzten kaum zu befriedigen ist. Der Arzt steht solchen Anforderungen seitens der Patienten machtlos gegenüber und ist in der Praxis oft gezwungen, selbst manchmal gegen seine Ueberzeugung zu rezeptieren. Eine Selbstbeteiligung der Versicherten wäre hier mehr als an anderer Stelle angebracht.

f) Heilmittel.

Für Heilbehandlung und Heilmittel sehen die Gesellschaften eine gesonderte Vergütung vor. Als Heilbehandlung wird im allgemeinen betrachtet: Bestrahlungs- und elektrische Behandlung, Röntgenbehandlung und Massage, zu den Heilmitteln zählen Augengläser, Bruchbänder, Bandagen, Bäder, Fußeinlagen, Leibbinden, kurz gesagt, alle technischen Hilfsmittel, die zur Linderung eines Leidens dienen.

Einzelne Gesellschaften führen alle für die Vergütung in Betracht kommenden Heilmittel und Heilbehandlungsarten einzeln auf und geben die Maximalsätze bekannt, die sie für das einzelne Heilmittel bzw. für die einzelne Heilbehandlung angesetzt haben[23]); andere wieder vergüten auch hier nur einen bestimmten Prozentsatz[24]) — etwa 40% oder 60% — der Rechnung.

Alle aber sehen eine Gesamthöchstgrenze für alle Heilmittel und alle Heilbehandlungen vor, die zumeist 40 M oder 50 M beträgt[25]). Die Gesellschaften, die auch hier das Prozentualsystem bevorzugen, haben noch höhere Gesamthöchstgrenzen, manche gehen sogar bis zu 100 Mark und darüber[26]).

Es wäre für die Versicherungen undurchführbar, die Heilmittel in dem Maße wie etwa die Arztleistungen zu ersetzen, denn der Bedarf der Versicherten hierfür ist außerordentlich groß. Man sieht dies daraus, daß trotz dieser Einschränkungen und trotz der verhältnismäßig geringen Leistungen die Ausgaben für diese Leistungsart allein 20 bis 25% der gesamten Schadenszahlungen betragen[27]).

[23]) **Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand,** Tarif vom 1. 1. 1930.

[24]) **Vereinigte Krankenversicherungs AG, Berlin.** Tarif vom 1. 1. 1930.

[25]) **Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand.** Tarif vom 1. 1. 1930.

[26]) **Vereinigte Krankenversicherungs AG, Berlin.** Tarif: Kosmos I. A vom 1. 1. 1930.

[27]) **Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand,** Geschäftsbericht für das Jahr 1928, Seite 11—12.

g) Krankenhauspflege.

Die durch die Aufnahme eines Versicherten in ein Krankenhaus oder in eine Klinik anfallenden Verpflegkosten bilden einen eigenen Teil der Leistungstarife. In den niederen Tarifklassen sehen einzelne Gesellschaften den Kostenersatz der dritten Verpflegklasse des Krankenhauses vor, andere Versicherungen hingegen ersetzen Tageshöchstsätze von 3, 4 oder 5 Mark[28]). Der Krankenhauskostenersatz verursacht insoferne manche Differenzen zwischen Versicherten und Versicherern, als die Behandlungskosten mit der Erstattung des Verpflegssatzes zumeist als abgegolten gelten, während die Versicherten in manchen Krankenanstalten, besonders in Privatkliniken, hiefür gesonderte Rechnungen erhalten und deshalb für diesen Schaden ohne Versicherungsschutz sind. Die Gesellschaften, die in dieser Weise verfahren, richten sich hiebei nach den Verhältnissen in großen Krankenanstalten, in denen die rein ärztliche Behandlung — ärztliche Tagesvisite — in der dritten Verpflegsklasse nicht eigens berechnet wird. Da es bei der Ueberfüllung der Krankenhäuser dem Versicherten nicht immer möglich ist, ein öffentliches Krankenhaus aufzusuchen, wird er durch eine solche Maßnahme in nicht unerheblichem Maße benachteiligt und es wäre angebracht, wenn die Gesellschaften diese Einschränkung fallen ließen.

In den höheren Leistungstarifen leisten die Gesellschaften eine höhere Verpflegsklasse (zweite Klasse).

h) Beförderungskosten vom und zum Krankenhaus[29]).

Die Mehrzahl der Gesellschaften vergütet in den Leistungstarifen auch die Kosten, die durch den Transport durch die Sanitätskolonne zum und vom Krankenhaus entstehen, und setzt hierfür meist eine Maximalgrenze von 20 bis 40 Mark fest. Nur vereinzelte Unternehmungen — vorwiegend die Aktiengesellschaften — vergüten hiefür nichts. Nachdem es sich dabei zweifellos um Krankheitskosten handelt, wäre es angebracht, wenn diese Leistungsart von allen Gesellschaften aufgenommen würde.

[28]) Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin S. 39 ff.

[29]) Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1931, Berlin S. 52 ff.

i) Wochenhilfe[30]).

Im Falle einer Entbindung erhält die Versicherte eine Versicherungsleistung, die von den Gesellschaften als Wochenhilfe bezeichnet wird. Zur Erlangung dieser Wochenhilfe ist nur die Vorlage des Geburtsscheines erforderlich. Der Betrag dieser Leistung beginnt zumeist mit 30, 40 oder 50 Mark, nach 9monatiger, bzw. einjähriger Versicherungsdauer und erhöht sich von Jahr zu Jahr bis zu 150 Mark und darüber. Der Zweck dieser Wochenhilfe soll der des Stillgeldes bei der Sozialversicherung sein, soll die Gebärende in die Lage setzen, die ursächlichsten Entbindungskosten, wie Hebamme und dgl., bezahlen zu können.

k) Aerztliche Geburtshilfe[31]).

Verläuft die Entbindung so schwer, daß ein Arzt hinzugezogen werden muß, so ersetzen die Gesellschaften die hieraus entstehenden Kosten bis zu einem Höchstsatz, der zwischen 50 und 200 Mark schwankt, je nach dem Tarif der Versicherung und der Versicherungsdauer, denn auch für diese Leistungsart steigt der Höchstsatz von Jahr zu Jahr. Bei einzelnen Gesellschaften bildet die Geburtshilfe keine gesonderte Leistungsart, dort wird sie zur Wochenhilfe gerechnet, doch sind dann bei diesen Gesellschaften die Sätze für letztere höher.

Die ärztliche Geburtshilfe ist eine Leistungsart, die sehr wohl einer Reform bedürfte. Es steht fest, daß die Kosten einer unregelmäßig verlaufenden Entbindung außerordentlich groß sind und in diesem Fall wäre ein ausreichender Versicherungsschutz mehr als anderswo angebracht. Die von den Gesellschaften zugesicherten Höchstsätze für Wochenhilfe und Geburtshilfe sind nicht im entferntesten ausreichend, noch dazu wenn man bedenkt, daß einzelne Versicherungen die Geburtshilfe überhaupt nur bei ausgesprochenen Fehlgeburten gewähren.

Soll die Krankenversicherung ihren Zweck erfüllen, so muß sie alle unregelmäßig verlaufenden Entbindungen als Erkrankungen ansehen und sie in diesem Sinne mit allen für die Kostenvergütung der letzteren vorgesehenen Vergütungssätzen vergüten. Da es heute geradezu Gewohnheit geworden ist, zu jeder Entbindung, auch für regelmäßig ver-

[30]) Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin S. 39 ff.

[31]) Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin S. 39 ff.

laufende, einen Arzt hinzuzuziehen, muß selbstverständlich die Kontrolle seitens der Versicherer sehr streng sein, aber die trotz dieser Kontrolle noch als unregelmäßige Entbindungen festgestellten Fälle sollten als Erkrankung im Sinne der Versicherungsbedingungen entschädigt werden. Die private Versicherung kann mithelfen, das Problem des Geburtenrückgangs zu lösen. Da heute die Furcht vor dem Kinde nicht selten durch die schlechten finanziellen Verhältnisse einer Familie geweckt wird, kann die Versicherung eine wertvolle Hilfe leisten, wenn sie der Familie die finanziellen Sorgen der Entbindung in ausreichendem Maße abnimmt.

l) Zahnbehandlung und Zahnersatz[32]).

Die Leistungsvergütung für Zahnbehandlung und Zahnersatz wird von manchen Gesellschaften getrennt, von anderen wieder zusammengezogen. Durchschnittlich werden für die Behandlung des einzelnen Zahnes Maximalgrenzen und für die Gesamtleistung für Zahnbehandlung wieder eine Höchstgrenze festgesetzt. Die Einzelgrenzen betragen meist 3 bis 4 Mark, die Gesamtgrenze liegt zwischen 20 und 100 Mark. Bei einzelnen Versicherungen steigt die Gesamtleistungsgrenze mit der Dauer des Versicherungsvertrages.

Die Zahnbehandlungskosten sollen nur eine Zuschußleistung sein, denn die Versicherung steht auf dem Standpunkt, daß zur reinen Krankenversicherung der Kostenersatz der Zahnbehandlung nicht hinzuzuzählen ist. Der Versicherungsschaden, der durch die Behandlung der Zähne entsteht, kann subjektiv gewollt sein und nicht immer erfolgt die vorbeugende Zahnpflege auf Grund eines objektiv empfundenen Krankheitsbefundes. Die Kosten für Zahnbehandlung würden zu groß werden, wenn die Gesellschaften hiefür einen höheren Ersatz zusichern würden, denn fast jeder Versicherte würde im Versicherungsjahr wenigstens Schadensansprüche in Höhe der einbezahlten Prämien stellen und für die Hauptversicherungsleistungen, wie Arztbehandlung, Operationskosten und Heilmittel — um nur einige anzuführen — würde nichts übrig bleiben.

m) Sterbegeld[33]).

Endet das Versicherungsverhältnis durch Tod des Versicherten, so vergüten die Gesellschaften an die Hinterblie-

[32]) Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin S. 39 ff.

[33]) Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin S. 39 ff.

benen ein Sterbegeld. Der Anspruch auf Sterbegeld beginnt regelmäßig erst nach einem Jahr und erhöht sich mit der Versicherungsdauer. Zumeist werden Kinder und Versicherte über 60 Jahre entweder von dieser Leistungsart überhaupt ausgeschlossen oder letztere verringert sich für diese Versichertengruppen.

Auch das Sterbegeld stellt nur eine Zusatzleistung dar und soll nur dazu dienen, die nötigsten Kosten eines Todesfalles, wie Begräbnis, Ankauf eines Grabes und dergl., zu decken. Im Interesse der anderen Versicherungssparten, wie Kleinlebensversicherung und Begräbnisversicherung, wäre es begrüßenswert, wenn diese Leistungsart überhaupt aus den Leistungstarifen der Krankenversicherung entfernt würde. Zur reinen Krankenversicherung gehört sie nicht, denn da die durch den Tod verursachten Arztkosten nach anderen Tarifspalten vergütet werden, ist die Leistungspflicht der Krankenversicherung eigentlich erfüllt. Das sich hieraus ergebende Mehr könnte zur Verbesserung anderer, dem Krankenversicherungsgedanken näher stehenden Versicherungsleistungen zweckdienlicher verwendet werden.

n) Schlußbetrachtung.

Zu der Gesamtheit der Tarife wäre zu bemerken, daß diese heute, im Gegensatz zu früher, durchwegs für die Versicherer tragbar sind, daß sie im großen und ganzen stabil wurden. Eine Hebung des Niveaus der Tarife in finanzieller Beziehung scheint ohne gleichzeitige Erhöhung der Prämien nicht durchführbar.

Ein Ausbau der Tarife wäre nur durch Verschiebung der einzelnen Leistungen möglich, und zwar dadurch, daß man auf einzelne Leistungsarten, wie beispielsweise auf das Sterbegeld verzichten müßte, um den dadurch freiwerdenden Prämienteil zur Verbesserung anderer Leistungen, die dem Krankenversicherungsgedanken mehr entsprechen würden, wie etwa die Geburtshilfe, zu verwenden.

Zu erwägen wäre auch, ob es nicht vorteilhaft wäre, alle Leistungen, hauptsächlich aber die Vergütung der reinen Arztkosten, jeweils nach einem Jahr zu erhöhen, um dadurch den Versicherten zu veranlassen, seinen Versicherungsvertrag immer wieder zu erneuern. Dies könnte das beste Gegengewicht gegen die kurzfristigen Verträge sein, denn der Versicherte hat dann ein Interesse an der Beständigkeit seines Versicherungsvertrages.

3. Spezialversicherung.

a) Katastrophenversicherung.

In letzter Zeit tauchen Bestrebungen auf, die Leistungen der privaten Krankenversicherung zu spezialisieren, d. h. sie nur auf die großen Schäden zu beschränken und die kleinen Schäden, die sogenannten Bagatellschäden, nicht zu vergüten. Diese Forderung nach einer Großschaden-Katastrophenversicherung erscheint richtig, wenn man bedenkt, daß es ja gerade die großen Krankheitsfälle sind, die Kosten verursachen, welche über die finanzielle Leistungsfähigkeit des vom Schaden Betroffenen nahezu in allen Fällen weit hinausgehen. Wenn somit durch die Entwicklung der privaten Krankenversicherung allein schon das Bedürfnis nach einem generellen Versicherungsschutz bewiesen wurde, so darf das Vorhandensein eines Bedürfnisses nach spezialisiertem Versicherungsschutz wohl als sicher angenommen werden. Mit den derzeit gültigen Leistungstarifen kann einem solchen Bedürfnis nicht Rechnung getragen werden, denn bei einem Tarif, der die Vergütung eines jeden Schadenfalles, gleichgültig ob der Schaden 10 oder 1000 Mark beträgt, vorsieht, kann jeder Schaden naturgemäß nur im gleichen Verhältnis vergütet werden. Eine Bevorzugung der großen Schäden würde eine Verteuerung der Prämie hervorrufen, die für die Masse der Versicherungsnehmer nicht mehr tragbar wäre. Versicherungstechnisch könnte daher die Frage nur durch die Einführung von Spezialtarifen, hier Großschadentarifen, gelöst werden[34]). Diese Lösung würde allen Beteiligten gerecht, denn derjenige, der einen generellen Versicherungsschutz wünscht, hätte die bisherigen allgemeinen Tarife zur Verfügung und der Bessersituierte, der nur gegen große Schäden versichert sein will und die kleinen Schäden selbst bezahlen kann, könnte den Katastrophentarif wählen. Für die Praxis wäre dies insoferne noch von nicht zu unterschätzender Bedeutung, als die Katastrophentarife billiger sein würden, wie die derzeitigen allgemeinen Tarife. Nicht selten findet man bei den Versicherungsinteressenten die Ansicht vertreten, daß für sie ein allgemeiner Versicherungsschutz nicht zweckmäßig sei, denn die schweren Fälle wären so selten, daß es sich nicht lohne dafür eine teuere Versicherung abzuschließen[35]). Hier könnte die Gesellschaft den Kata-

[34]) Die private Krankenversicherung 1927—28, Berlin 1929, S. 156.

[35]) **Balzer,** Einwände gegen die Krankenversicherung und ihre Widerlegung durch Argumente, München, 1930, S. 38.

strophentarif empfehlen, der billiger wäre als der allgemeine Tarif, denn bekanntlich sind die schweren Krankheitsfälle nicht sehr häufig, sodaß die Erkrankungswahrscheinlichkeit hiefür sinken müßte, was wiederum eine Senkung der Prämie zur Folge hätte.

Von einigen Gesellschaften wurden bereits Katastrophentarife eingeführt. So verfügt die „Barmenia", Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte V. a. G. Barmen" über einen Tarif „K", der nur eine Leistungsvergütung bei schweren Krankheitsfällen vorsieht[36]). Dieser Tarif setzt gegen eine etwa $^1/_3$ so hohe Prämie, als sie sonst für die allgemeinen Tarife benötigt wird, fest, daß nur dann eine Vergütung der Krankheitskosten erfolgen kann, wenn die in den ärztlichen Gebührenordnungen aufgeführten Mindestsätze der Arzthonorare eine gewisse Höhe überschritten haben. Außerdem beschränken sich die Leistungen dieses Tarifes auf die Rückerstattung der Kosten für Operationen und ärztliche Sonderleistungen, für Krankenhauspflege, Röntgenaufnahmen und Röntgenbehandlung und für ärztliche Geburtshilfe. Welche Erfahrungen diese Gesellschaft mit diesem Tarif „K" gemacht hat, ist leider nicht festzustellen, denn die jährlichen Geschäftsberichte enthalten keine diesbezüglichen Angaben.

Bis zu einem gewissen Grade können auch die Leistungstarife des „Salus, Gemeinnützige Krankenhauskostenversicherungs AG, Berlin" als Katastrophentarife bezeichnet werden[37]). Diese Gesellschaft versichert nur gegen die Kosten der Krankenhauspflege. Da Krankenhausaufenthalt im allgemeinen nur bei schweren Krankheitsfällen in Betracht kommt, kann man die Tarife des „Salus" als Katastrophentarife betrachten. Reine Katastrophentarife sind sie jedoch nicht, denn es fehlt gänzlich die Leistung für ärztliche Hilfe. Für diese Art von Spezialversicherung scheint denn auch das Bedürfnis in Versichertenkreisen nicht sehr groß zu sein, denn obwohl diese Versicherung bereits seit Jahren (gegründet wurde sie 1924) im ganzen Deutschen Reich arbeitet, ist es ihr erst gelungen, ca. 9000 Versicherte zu erfassen[38]).

[36]) Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte V. a. G., Barmen (Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin 1930, S. 46).

[37]) Salus, Gemeinnützige Krankenhauskosten-Versicherung AG. Berlin (Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin 1930, S. 48).

[38]) Salus, Gemeinnützige Krankenhauskosten-Versicherung AG. Berlin, Geschäftsbericht 1930.

b) Zusatzversicherung.

Aehnliche Zwecke wie die Katastrophenversicherung verfolgt auch die Zusatzversicherung. Der wesentlichste Unterschied zwischen den beiden Spezialversicherungsarten ist der, daß erstere eine selbständige Versicherung zuläßt, während letztere nur in Verbindung mit einem der Haupttarife der betreffenden Gesellschaft möglich ist. Durch die Zusatzversicherung soll dem Versicherten die Möglichkeit geboten werden für schwere Krankheitsfälle — große Schäden — den Versicherungsschutz zu erweitern. In der Regel umfaßt der „Zusatztarif", wie er von den Gesellschaften genannt wird, nur Kostenerstattung für Operationen und Krankenhauspflege, in einzelnen Fällen auch für ärztliche Sonderleistungen, Wochenhilfe und Sterbegeld.

Als reiner Zusatztarif ist beispielsweise der Tarif „Z" der Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt Regensburg zu betrachten[39]). Gegen eine Prämie von monatlich 1 RM werden an Versicherungsleistungen, Vergütung von Operationskosten bis zum 3fachen Mindestsatz der allgemeinen deutschen Gebührenordnung für Aerzte (Adgo) und bis zu 4 Mark Verpflegsgeld für Krankenhaus geboten. Der Tarif kann, wie eingangs bereits generell erwähnt, nur in Verbindung mit einem Haupttarif der Gesellschaft abgeschlossen werden; es ist daher nur Mitgliedern möglich, dem Tarif beizutreten. Diese Einschränkung mag ihren Grund in dem auffallend geringen Beitrag haben, denn vermutlich dürfte die Gesellschaft eine sehr strenge Risikenauslese durchführen, was ihr insoferne möglich ist, als es ja in der Hauptsache bereits Versicherte sind, die dem erst im Juli 1930 zur Einführung gelangten Tarif beitreten und in diesen Fällen die Schadenskarte des Mitgliedes eine ziemlich genaue Ermittlung des Risikos zuläßt. Es bleiben demnach nur die Neuversicherten, die für die Gesellschaft ein unbekanntes Risiko darstellen, doch da in den letzten Jahren der Neugang nahezu bei allen Gesellschaften sehr geringe Ausmaße angenommen hat, ist die Zahl der unbekannten Risiken verhältnismäßig gering, so daß die Durchschnittsprämie nicht wesentlich beeinflußt wird. Der Zugang zu diesem Tarif war groß (nach $^1/_2$jährigem Bestehen betrug der Versichertenbestand nahezu 5000 Personen)[40]), so daß mit Einführung

[39]) Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand, V. a. G., Sitz Regensburg, Tarif Z, vom 1. Juli 1930.

[40]) Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand, V. a. G. Sitz Regensburg, Geschäftsbericht 1930, Mitgliederbewegung S. 5.

des Tarifes anscheinend einem starken Bedürfnis der Versicherten Rechnung getragen wurde.

Als weiteres Beispiel sei der „Z-Tarif" der „Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte V. a. G., Barmen" angeführt[41]). Auch dieser Tarif sieht nur die Vergütung der Operations- und Krankenhauskosten, sowie der Röntgenbehandlung und ärztlichen Geburtshilfe vor. Ueber die Entwicklung macht die Gesellschaft in ihren Geschäftsberichten keinerlei Angaben, doch spricht die Beibehaltung desselben (der Tarif besteht bereits seit 1929) für die Rentabilität dieses Tarifes.

Eine andere Art von Zusatztarif hat die „Deutsche Krankenversicherungs AG, Berlin" seit 1927 eingeführt[42]). Dort ist es den Versicherten möglich, gegen 20prozentigen Prämienzuschlag einzelne Versicherungsleistungen, wie ärztliche Sonderleistungen, Operationskostenvergütung, Wochenhilfe und Sterbegeld, zu erhöhen. Auch diese Gesellschaft macht keine Angaben über die Geschäftsentwicklung in diesem Tarif.

Die Tarifkombination „Zusatztarif und Haupttarif" ist gewissermaßen eine Verbindung von allgemeinen Tarif und Katastrophentarif, denn sie vereinigt bis zu einem gewissen Grad beide Tarife, allerdings mit der Einschränkung, daß die Auswirkung des reinen Katastrophentarifs abgeschwächt ist. Die bei beiden Tarifen Versicherten erhalten gemäß den Bestimmungen des Haupttarifes auch die Bagatelleschäden vergütet und haben außerdem bei schweren Krankheitsfällen noch den erweiterten Versicherungsschutz des Zusatztarifes. Aus diesen Gründen wird die Tarifverbindung „Zusatztarif und Haupttarif" von der Mittelschicht des Mittelstandes bevorzugt werden, von den Versicherten, die zwar auf die Kostenerstattung der Bagatelleschäden nicht verzichten wollen, deren Vermögenslage aber noch eine weitere Versicherung zuläßt.

Zusammenfassend kann somit gesagt werden:

1. Der allgemeine Leistungstarif, der bei verhältnismäßig niedrigen Prämien einen für die Unterschicht des Mittelstandes genügenden Versicherungsschutz bietet, kommt für die Unbemittelten (Kleinhandwerker, Kleingewerbetreibende usw.) in Betracht.

[41]) Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte, V. a. G., Barmen (Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin 1930, S. 46).

[42]) Deutsche Krankenversicherungs AG. Berlin (Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Berlin 1930, S. 58).

2. Die Tarifkombination „allgemeiner Tarif und Zusatztarif", die, wie wir gesehen haben, die Leistungen des Haupttarifes bei schweren Fällen erhöht, wird der Bessersituierte (Mittlerer Beamter, Großhandwerker und Anhöriger der kleinen freien Berufe) wählen.
3. Der Katastrophentarif endlich, der eine Vergütung der Bagatellschäden ausschaltet und nur die Rückerstattung großer Schäden vorsieht, dient dem Bedürfnis der Oberschicht der Bevölkerung (Großhandel, Industrie, sowie höhere Beamte und freie Berufe), die kleine Schäden aus eigenen Mitteln zu bestreiten vermag.

c) Körperversicherung.

Die Körperversicherung verdankt ihre Entstehung dem Bestreben der Lebensversicherung, das hohe Risiko der vorzeitigen Auszahlung einer Lebensversicherung zu vermindern. Sie will durch eine Verbindung von Großschadensversicherung (Katastrophenversicherung) und Lebensversicherung den bei der Lebensversicherung Versicherten die Möglichkeit bieten sich in schweren Krankheitsfällen in ausreichendem Maße behandeln zu lassen, um dadurch den Gesundheitszustand zu heben und den vorzeitigen Tod zu verhindern. Sie geht hierbei von der Voraussetzung aus, daß es heute den Wenigsten möglich ist, die hohen Kosten eines schweren Krankheitsfalles mit eigenen Mitteln zu tragen und glaubt durch die Verbindung mit der Lebensversicherung, das Versicherungsinteresse zu heben. Generaldirektor Lindner vom Leipziger Verein für Lebensversicherung a. G., der einzigen Gesellschaft, die bis heute (Sommer 1931) die Körperversicherung betreibt, stellt drei Vorteile der Körperversicherung fest:

1. Sie stellt im Erlebensfalle für den Versicherten das im Alter benötigte Sparkapital bereit;
2. Sie sichert die Hinterbliebenen für den Fall des vorzeitigen Todes;
3. Sie gewährt eine Operationskostenversicherung, die die Mittel dazu schafft, alles tun und ausführen lassen zu können, was im Interesse der Lebenserhaltung nach menschlichem Ermessen möglich erscheint[43]).

Nach ihm entspricht die Körperversicherung den drei Hauptbedürfnissen: Schutz bei schwerster Krankheit, tätige Teilnahme des Lebensversicherers an die Gesunderhaltung seiner

[43]) **P. Lindner**, Körper- oder Lebensversicherung (Der Versicherungs-Agent, Berlin, 41. Jahrgang, Nr. 27, vom 21. September 1930, S. 209/10).

Risiken und endlich Leistungserhöhung der Krankenversicherung in zweckentsprechender Form. Zu dieser Behauptung wäre zu sagen, daß sie wohl für die Lebensversicherung zutreffen mag, denn der Lebensversicherer hat zweifellos ein Interesse an der Förderung der Gesundheit seines Versicherten, für die Krankenversicherung jedoch nicht, denn die Bedürfnisse, die Lindner als neu aufgetreten sieht, wurden von der Krankenversicherung schon lange als bestehend festgestellt, was durch die Einführung von Katastrophen- und Zusatztarifen bewiesen ist. Eine grundlegende Neuerung, als welche sie von Lindner, dem Sprecher des Leipziger Vereins, hingestellt wird, ist sie demzufolge nur insoweit, als sie Ansätze zur Anerkennung der privaten Krankenversicherung seitens der Lebensversicherung zeigt. Von grundsätzlicher Bedeutung wäre die Frage erst, wenn sie in großem Maßstab von den Lebensversicherungsgesellschaften verwirklicht würde[44]).

Die Körperversicherung, die, wie bereits angeführt, seit dem 12. April 1930 vom Leipziger Verein für Lebensversicherung a. G., Leipzig, betrieben wird, kann nur mit ärztlicher Untersuchung abgeschlossen werden. Sämtliche Wartezeiten, wie man sie bei der reinen Krankenversicherung vorfindet, fallen weg, was ja durch die Voruntersuchung ohne Gefahr ermöglicht wird. Auch Rückfälle, die auf Grund alter Leiden auftreten, sind mitversichert. Die Prämien übersteigen nur um ein geringes die Normalprämien einer Lebensversicherung.

Die Versicherung ist auch als Familien-Körperversicherung möglich, wobei der Ehefrau der gleiche Schutz bei notwendig werdenden Operationen gewährt wird, und außerdem der versicherte Ehemann noch 25 v. H. der Versicherungssumme besonders ausbezahlt erhält, falls die Frau vor dem Manne stirbt.

Die Leistungen der Körperversicherung veranschaulicht nachfolgendes Beispiel:

Leistungsbeispiel:[45])

Versicherungssumme 20 000 RM.

Nach erst einjähriger Versicherungsdauer stellt sich beim Ehemann die Bildung von Blasensteinen heraus, deren wiederholte Zertrümmerung einen 20tägigen Krankenhausauf-

[44]) Vgl. u. III. Teil, III. Kapitel, S. 134 ff.

[45]) **P. Lindner,** Körper- oder Lebensversicherung (Neumann's Zeitschrift für Versicherungswesen, Berlin, 53. Jahrgang, Nr. 43, vom 22. 10. 1930, S. 1097/8).

enthalt erfordert. Die Rechnung des Arztes zeigt folgendes Bild:

Für eine Sitzung (Adgo 313) wird ein Betrag von angesetzt, somit für drei Sitzungen	350 RM 1050 RM
Dreimal Infiltrationsanästhesie für große Gebiete je 50 RM	150 RM
Dreimal Assistenz je 60 RM	180 RM
20 Tage Klinikaufenthalt mit Nebenkosten	300 RM
	1680 RM
Hiervon zahlt die Gesellschaft 90 v. H.	1512 RM

Trotz dieser Leistung der Versicherung, die für den Versicherten nur einen Selbstbehalt von 168 RM notwendig gemacht hat, tritt eine Verminderung der Lebensversicherungssumme oder Beeinträchtigung der Dividendenrechte nicht ein. Die Gesellschaft ist auch nicht in der Lage, das Risiko aufzukündigen.

Im Verlaufe der weiteren Versicherungszeit erkrankt die Ehefrau an Brustdrüsenkarzinom, wodurch sich erneut folgende Leistungen notwendig machen:

Operation nach Adgo 253	500.— RM
Inhalationsnarkose	60.— RM
Assistenz	40.— RM
14 Tage Aufenthalt in der Klinik einschl. Nebenkosten	210.— RM
	810.— RM
Hiervon zahlt die Gesellschaft 90 v. H.	729.— RM

Die Ehefrau stirbt kurz darauf an den Folgen der Operation. Die Gesellschaft hat ohne Abzug für die erst vorher gezahlte Operationskostenentschädigung dem Ehemann 25 v. H. der auf dessen Leben abgeschlossenen Versicherungssumme — also 5000 RM — auszuzahlen. Wiederum tritt eine Verminderung der Lebensversicherungssumme des Ehemannes, eine Beeinträchtigung der Teilnahme an den erzielten Jahresüberschüssen der Gesellschaften oder eine Möglichkeit der Aufkündigung der Versicherung nicht ein. Die Versicherung läuft vielmehr für den Ehemann in voller Höhe weiter.

Die derzeitige Form der Körperversicherung bildet zweifellos den Anfang zu einer Reform der Lebensversicherung, deren Durchführung vorerst unmöglich war, da die private Krankenversicherung bis vor kurzem noch nicht die Stabilität aufweisen konnte, die zur Vereinigung mit einem anderen Versicherungszweig notwendig ist. Nachdem die Geschäfts-

entwicklung der privaten Krankenversicherung nunmehr in dieser Richtung wesentliche Fortschritte zu verzeichnen hat, dürfte es nur eine Frage der Zeit sein, bis eine intensive Zusammenarbeit beider Versicherungsarten dem bisherigen Nebeneinanderarbeiten Platz greifen wird.

d) Krankengeldversicherung.

Eine weitere Spezialversicherung innerhalb der privaten Krankenversicherung ist der Krankengeld-Tarif. Die Sozialversicherung gewährt bei völliger Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld, das auf Grund der Arbeitslöhne abgestuft ist. Nach dem Auftreten der privaten Versicherung scheint auch bei den nichtversicherungspflichtigen Beamten und Angestellten und vor allem bei den selbständigen Handwerkern und Gewerbetreibenden der Wunsch laut geworden zu sein, außer dem Ersatz der Krankheitskosten auch noch ein tägliches Krankengeld zu erhalten. Einzelne Gesellschaften sahen sich deshalb veranlaßt, einen Krankengeldtarif einzuführen. Eine beachtenswerte Lösung bringt zweifellos die „Barmenia" mit ihrem Tarif T.[46]). Dieser Tarif T ist eine Zusatzvericherung, die nur in Verbindung mit einer reinen Krankenversicherung abgeschlossen werden kann. Die allgemeinen Versicherungs-Bedingungen zu diesem Tarif sehen folgende Vergütungsart vor:

Der Anspruch auf Krankengeld beginnt nach einer Wartezeit von 9 Monaten, ab dem 4. Werktage seit dem Beginn der völligen Berufsunfähigkeit. Ein Anspruch auf Krankengeld kann nur für Werktage gestellt werden. Bestehende Krankheiten begründen keinen Anspruch. Das Krankengeld wird gewährt bei einer Versicherungsdauer

bis zu 3 Jahren für 12 Wochen,
bis zu 5 Jahren für 20 Wochen,
von mehr als 5 Jahren für 32 Wochen.

Den Nachweis der Berufsunfähigkeit muß der Versicherte erbringen und die Meldung der Berufsunfähigkeit muß innerhalb 3 Tagen nach Eintritt derselben erfolgen.

Das Krankengeld staffelt sich in Tagegeldern von 6.—, 9.—, 12.— und 15.— Mark. Die Prämien sind auf Grund des Alters des Versicherten abgestuft und zwar gelten als Altersgruppen 21—45, 46—50, 51—55 und 56—60 Jahre. Diese Altersgruppen müssen beispielsweise für ein Krankengeld von 6 Mark: 6.—, 7.—, 8.— und 9.— Mark an Prämien ent-

[46]) Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte, Barmen, Tarif T vom 1. 1. 1929.

richten. Für weibliche Versicherte erhöht sich die Prämie um 1 Mark.

Die Krankengeldtarife der wenigen anderen Gesellschaften, die noch mit solchen arbeiten, sind ähnlich abgefaßt. Bezüglich der Prämien kann man die Regel ableiten, daß sie durchschnittlich doppelt so hoch sind, als das gewährte Krankengeld, also wesentlich teuerer als bei der Barmenia.

Die Hauptschwierigkeit beim Krankengeldtarif liegt einerseits in der Definition: „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor", und andererseits in der Kontrollmöglichkeit. Beides ist nur dann verhältnismäßig einfach zu lösen, wenn der Krankengeldtarif in Verbindung mit einem reinen Krankenversicherungstarif abgeschlossen werden kann, denn dann kann aus der zur Vergütung vorgelegten Rechnung die Art der Erkrankung festgestellt werden und die Gesellschaft hat die Möglichkeit, die Erwerbslosigkeit zu kontrollieren. Ob allerdings auch in diesem Fall die Versicherung ohne Kontrollbeamte, die den Versicherten überwachen müssen, auskommt, ist sehr fraglich. Die Gefahr, daß der Krankengeldtarif zur Aufbesserung eines schlechten Geschäftsganges benützt wird, ist sehr groß. Zudem kommt als erschwerend hinzu, daß der mit einer Krankenversicherung kombinierte Krankengeldtarif sehr teuer wird.

Es dürfte daher kaum anzunehmen sein, daß er sich in der privaten Krankenversicherung durchsetzt.

e) Franchise[47]).

Unter Franchise versteht man den Selbstbehalt des Versicherers dergestalt, daß unter gewissen Voraussetzungen vom Erstattungsbetrag des Schadensfalles ein bestimmter Betrag seitens des Versicherers einbehalten wird. Diese Voraussetzungen werden meist dadurch gekennzeichnet, daß die Franchise erst zur Anwendung kommt, wenn der Rückerstattungsbetrag höher ist, als die Summe der seit Beginn der Versicherung einbezahlten Prämien. Der Hauptzweck ist, neben einer generellen Ermäßigung der Schadensleistung, den schlechten Ver-

[47]) **A. Thide,** Franchise in der privaten Krankenversicherung (Neumann's Zeitschrift für Versicherungswesen, 53. Jahrgang Nr. 44 vom 21. Oktober 1930, S. 1119/20).

Bedeutung und Berechtigung der sogen. Franchise in der privaten Krankenversicherung (Neumann's Zeitschr. für Versicherungswesen, 53. Jahrgang Nr. 47 v. 20. Nov. 1930, S. 1194).

W. Kopsch, Franchise in der privaten Krankenversicherung (Neumann's Zeitschr. f. Versicherungswesen, 53. Jahrgang, Nr. 48 vom 26. Nov. 1930, S. 1218/19).

sicherten — das hohe Risiko — durch eine Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten zur sparsameren Verwendung der Versicherungsleistungen zu veranlassen und somit: Verringerung der Bagatelleschäden. Nachdem die Bagatelleschäden anscheinend einen wesentlichen Teil der Gesamtversicherungsleistungen ausmachen, denn sonst würde die Frage der Ausschaltung der Bagatelleschäden die Krankenversicherer nicht immer wieder von Neuem interessieren, muß dieses Problem als beachtlich für die private Krankenversicherung bezeichnet werden.

Eingeführt wurde die Franchise vom Leipziger Verein für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe V. a. G., Leipzig[48]). Sie besteht bei diesem darin, daß bei jedem Schadenfall 5 RM bei solchen Mitgliedern abgezogen bezw. einbehalten werden, deren Ansprüche die Summe der während der Vertragsdauer eingezahlten Beiträge überschreitet.

Diese Fassung stellt zweifellos eine Benachteiligung der jüngeren Mitglieder den älteren gegenüber dar, denn der Zeitpunkt, bei welchem die Franchise einsetzt, wird bei ersteren früher gegeben sein wie bei letzteren. Die gleichmäßige Heranziehung aller Versicherten zu Sparmaßnahmen wird dadurch nicht gewährleistet; der Begriff der Versichertengleichheit wird somit durchbrochen. Es wäre daher nur gerecht, wenn die Franchise in Zusammenhang mit der Vertragsdauer gebracht würde, da dann die derzeit auftretenden Härten vermieden werden könnten.

Auch der Hauptzweck, die Erfassung der schlechten Risiken durch die Franchise wird nicht immer erreicht werden, denn es braucht nicht durchwegs ein schlechtes Risiko zu sein, das von dieser Maßnahme erfaßt wird. Nehmen wir beispielsweise an, ein Versicherter, der drei Jahre der Gesellschaft angehört und noch nie Leistungen beanspruchte, erkrankt akut und schwer. In diesem Falle wird der Rückerstattungsbetrag so groß sein, daß die Franchise in Anwendung kommt. Hier ist das Gegenteil erreicht, statt des schlechten Risikos wird das gute Risiko getroffen.

So zeigt sich, daß die Franchise, so bestrickend sie auf den ersten Blick auch zu erscheinen vermag, keineswegs die beste Lösung zur Verminderung der Bagatellschäden ist.

[48]) Rückwärtsversicherung und Franchise beim Leipziger Verein für Beamte und freie Berufe V. a. G. (Deutsche Versicherungszeitung, 71. Jahrgang, Nr. 18 vom 15. September 1930, S. 242/43).

f) Rückwärtsversicherung.

Zum Schlusse sei noch eine letzte Spezialversicherung erwähnt: Die Rückwärtsversicherung[49]). Mit ihr sollen die sogenannten „alten Leiden" dann ausgeschaltet werden, wenn der Versicherte von ihrem Bestehen keine Kenntnis hatte. Ueber die Bedeutung der „alten Leiden" wurde bereits anderen Orts ausführlich gesprochen[50]). Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle nur nochmals betont, daß ihre Beseitigung nicht nur die Werbekraft der privaten Krankenversicherung außerordentlich stärken, sondern, daß damit einem fühlbaren Bedürfnis der Versicherungsnehmer Rechnung getragen würde.

Der Leipziger Verein für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe V. a. G., Leipzig, hat als erste Krankenversicherungsgesellschaft den Versuch unternommen, durch Einführung eines Prämienzuschlages von 0,75 RM bezw. 1.— RM für die Einzelversicherung und 2.— RM bezw. 3.— RM für die Familienversicherung in Klasse 2 bezw. Klasse 3 auf den Einwand des alten Leidens zu verzichten, wenn der Versicherte vom Vorhandensein des Leidens keine Kenntnis hatte. Begrenzt ist diese Versicherung für Personen bis zum 50. Lebensjahr.

Wenn diese Lösung auch noch nicht die restlose Beseitigung dieser Leistungseinschränkung bringt, so ist sie doch als wesentliche Erweiterung des Versicherungsschutzes nur zu begrüßen. Ihre praktische Auswirkung wird beachtlich sein. Die Versicherungs-Wissenschaft und von den Versicherungsarten, die Rückversicherung, werden dem Leipziger Verein Dank wissen, wenn er in seinen Geschäftsberichten seine Erfahrungen mit dieser Neueinführung veröffentlicht.

III. Kapitel.

Prämienrückvergütung.

1. Entwicklungsgeschichte.

Im Geschäftsbericht des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung für das Jahr 1925 findet erstmals der Begriff „Prämienrückgewähr" bei der privaten Krankenversicherung Erwähnung. Das Amt berichtet von dem Antrag einer Aktien-

[49]) Rückwärtsversicherung und Franchise beim Leipziger Verein für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe V. a. G. (Deutsche Versicherungszeitung), 71. Jahrgang, Nr. 18 vom 15. September 1930, S. 242).

[50]) Vgl. oben, II. Teil, I. Kapitel, III. Abschnitt, S. 34 ff.

gesellschaft, die eine Prämienrückvergütung einführen wollte. Der Geschäftsplan der Versicherung sah eine Rückgewähr der Prämie oder von Prämienteilen, je nach dem Schadensverlaufe der einzelnen Versicherungen nach Ablauf der Versicherungsdauer oder bei früheren Tode vor. Die Auszahlungen der Rückgewährbeträge sollten erst 10 Jahre nach Ablauf des Versicherungsvertrages erfolgen.

Der 1. Senat lehnte diesen Antrag ab[1]).

Der Recours-Senat, der auf Antrag der Aktiengesellschaft zusammentrat, hob diesen Entscheid auf[2]).

---

[1]) **Veröffentlichungen des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung, Geschäftsbericht 1925, S. 132:**

Bei einer Krankenversicherung mit Rückgewähr sind die Interessen der Versicherten nicht hinreichend gewahrt, und zwar:

1. weil durch die Krankenversicherung mit Prämienrückgewähr die Versicherung außergewöhnlich verteuert sei,
2. weil die Versicherten durch den drohenden Verlust der Prämienrückgewähr an einem ihnen vielleicht lästigen Vertrage festgehalten würden, und
3. weil die Rückgewähr der Prämie übermäßig weit hinausgeschoben sei.

[2]) **Veröffentlichungen des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung, Geschäftsbericht 1925, S. 132:**

„An und für sich würde durch die Prämienrückgewähr keine Verteuerung der Versicherung herbeigeführt werden, wenn nicht etwa zu den technisch erforderlichen Prämien unverhältnismäßig hohe Aufschläge hinzutreten würden. Letzteres ist aber in keiner Weise der Fall. Die Rückgewährprämien sind mit einem Zinsfuße von 4% und einem sich in den üblichen Grenzen haltenden Verwaltungskostenaufschlage berechnet. Daß die Prämie für die Gesamtversicherung, Krankenversicherung und Rückgewähr, eine wesentlich höhere ist als für die Krankenversicherung allein, ist selbstverständlich, denn die Rückgewährversicherung ist als eine zu der Krankenversicherung hinzutretende Lebensversicherung zu betrachten, für die naturgemäß die erforderlichen Prämien zu zahlen sind. Was die Bindung der Versicherten an den Versicherungsvertrag angeht, so ist zu beachten, daß der Versicherte nach den Versicherungsbedingungen die Versicherung jederzeit für den Schluß des laufenden Versicherungsjahres kündigen kann und daß er in diesem Falle die volle Prämienreserve als Abgangsvergütung erhält. Die Bindung ist also hier nicht stärker als auch sonst in der Lebensversicherung. Der Recours-Senat kann auch nicht anerkennen, daß die Rückgewähr übermäßig lange hinausgeschoben sei. In der Lebensversicherung sind 10—15jährige Versicherungsdauern nicht als normale, sondern als sehr kurze Dauer anzusehen. Auch in der Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr erfolgt die Rückgewähr erst beim Alter von 50—65 Jahren oder gar nur beim Tode. Der Recours-Senat ist hiernach der Meinung, daß die Dauer von 10 Jahren nicht zu lang sei; er ist vielmehr der Meinung, daß eine von den erschienenen Vertretern angebotene Abkürzung der Rückgewähr auf 5 Jahre nicht zu fordern sei."

Trotz dieser für die Aktiengesellschaft günstigen Entscheidung sah diese von der Einführung einer Prämienrückerstattung ab und wählte statt dessen eine Gewinnbeteiligung der Versicherten[3]).

Von Fachkreisen wurde dieser Neueinführung eine außerordentlich schlechte Prognose gestellt. Der Aktiengesellschaft — es war die „Gedevag", Gemeinnützige Deutsche Versicherungs-Aktiengesellschaft, Berlin — wurde nicht nur vorgehalten, daß sich eine solche Gewinnbeteiligung mit den versicherungstechnischen Usancen nicht vereinbaren lasse und auf die Dauer nicht durchzuführen sein werde, sondern man behauptete sogar: „Eine Gewinnbeteiligung ist unmoralisch, denn sie untergräbt die Versicherungsmoral und stellt eine Spekulation auf die kaufmännische Denkweise der Versicherungsinteressenten dar"[4]).

In Wort und Schrift wurde in der ersten Zeit gegen diese Neueinrichtung Sturm gelaufen[5]).

---

[3]) **Veröffentlichungen des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung, Geschäftsbericht 1925, S. 133:**

„Alle Versicherungen, wofür die Prämien des abgelaufenen Rechnungsjahres (Kalenderjahres) voll gezahlt worden sind und im gleichen Zeitraum an tarifmäßigen und freiwilligen Gesellschaftsleistungen insgesamt nicht 100% oder mehr dieses Jahresprämienbetrages aufgewendet wurden, sind dividendenberechtigt. Die Dividenden werden dem Versicherten-Gewinnreservefonds entnommen, welcher aus einem Teile der eingehenden Prämien gebildet wird. Die Verteilung findet nach besonderen, von der Aufsichtsbehörde genehmigten Richtlinien in der Weise statt, daß die vorerwähnten Versicherten in Gruppen eingeteilt werden, deren 1. Gruppe (umfassend diejenigen Versicherten welche die Gesellschaft überhaupt nicht in Anspruch nahmen) bis 80% der gezahlten Jahresprämien erhalten. Der Reihe nach erhalten dann die weiteren Gruppen, soweit nach Befriedigung der 1. Gruppe noch Mittel verblieben sind, geringere Dividendensätze bis zur Erschöpfung des Versicherten-Gewinnreservefonds.

[4]) Widerspricht die Prämienrückvergütung in der Krankenversicherung dem Sinne der Versicherung? (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 70. Jahrgang, Nr. 12 vom 15. Juni 1929, S. 132/33).

[5]) **„Beamtenkrankenkasse" Koblenz 1926, Nr. 10 vom 1. Oktober 1926:**

„Die Prämie für die Gesamtversicherung, Krankenversicherung und Rückgewähr ist wesentlich höher als die für die Krankenversicherung allein, denn die Rückgewährversicherung ist als eine zu der Krankenversicherung hinzutretende Lebensversicherung zu betrachten, für die naturgemäß die erforderlichen Extraprämien zu zahlen sind. Die krank gewordenen Versicherten haben für die Deckung ihrer Krankheitsschäden eine viel zu hohe Prämie zu zahlen, sie können diese Deckung bei anderen Gesellschaften viel billiger haben. Die Gesundgebliebenen erhalten eine Prämie zurück, die sie sowieso zu viel als Zuschlag zur normalen Prämie gezahlt haben. Dabei haben sie

Ehe zu dem Problem der Gewinnbeteiligung selbst Stellung genommen werden soll, ist es erforderlich, die inzwischen aufgetretenen Arten der Gewinnbeteiligung zu untersuchen.

Wie so oft, findet man auch hier die Tatsache, daß diese ursprünglich viel geschmähte Neuerung im Laufe der Zeit manche Nachahmer fand. Um es vorweg zu nehmen, muß gesagt werden, daß heute die Meinungen lange nicht mehr so heftig aufeinander prallen, wie noch vor wenigen Jahren. Selbst anfängliche heftige Gegner, wie etwa die Deutsche Beamtenkrankenversicherung Koblenz, haben sich entschließen müssen, die Gewinnbeteiligung einzuführen.

Heute arbeiten folgende Gesellschaften mit Prämienrückvergütung bezw. Gewinnbeteiligung:

1. Allgemeine Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, Köln,
2. Bürgerliche Versicherungs-Aktiengesellschaft, Berlin,
3. Deutsche Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, Berlin,
4. Deutsche Beamten-Krankenversicherung a. G., Koblenz,
5. „Gilde", Deutsche Versicherungs AG, Essen,
6. „Leipziger Fürsorge", Versicherungs-Anstalt f. Beamte und frei Berufe V. a. G., Leipzig,
7. Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G., Regensburg,
8. Vereinigte Krankenversicherungs AG. (vorm. Gedevag, Kosmos und Selbsthilfe), Berlin.
9. „Volkswohl" Krankenunterstützungskasse der Volksheilbewegung, freie Vereinigung, Dortmund.
10. Westdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker, Kaufleute und Gewerbetreibende a. G., Dortmund.

Die Grund-Idee bei fast allen Gesellschaften ist die Prämien-Rückerstattung bezw. Gewinnbeteiligung ohne vertragliche Verpflichtung bezüglich der Höhe, ja sogar bei einzelnen Gesellschaften der Rückvergütung überhaupt[6]). Nur insoweit Ueberschüsse bezw. Gewinne erzielt werden, haben die Versicherer die Verpflichtung, dieselben an die Versiche-

immer mit dem Risiko zu rechnen, daß sie auch diese zu viel gezahlte Prämie nicht zurückerhalten, weil nicht genügend Mittel vorhanden sind, oder — weil sie krank geworden sind."

Neuerungen in der privaten Krankenversicherung? (Die Beamtenkrankenkasse 1926, Nr. 10 vom 1. Oktober 1926, S. 3).

[6]) Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1929, Verlag Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, S. 4, 6, 7, 8, 14, 16, 20, 26, 29.

rungsnehmer zur Verteilung zu bringen. Die Verteilung selbst ist variabel. Den Gesellschaften ist es frei gestellt, die Höhe der Rückerstattungssumme zu bestimmen, denn die Versicherungsbedingungen sehen nur Höchst- bezw. Mindestgrenzen vor, lassen aber bezüglich der Ausschüttung den Gesellschaften freie Hand. Die weitgehendste Maximal-Grenze ist 83 1/3%. Die niedrigste 50%. Je nach dem Geschäftsergebnis kann die Gewinnbeteiligung diese Maximal-Grenze erreichen oder sich in beliebig niederen Grenzen bewegen. Während diese Möglichkeit einen äußerst wirksamen Schutz für die Versicherer darstellt, bildet sie den Hauptangriffspunkt für die Gegner des Gewinnbeteiligungs-Gedankens. Da die Agenten der Gesellschaften naturgemäß sehr viel mit dem von ihrer Gesellschaft in Aussicht gestellten Höchstsatz operieren und nicht selten der Versicherte nur mit Empfang dieses Höchstsatzes rechnet, liegen hierin die Hauptquellen der Unzufriedenheit des letzteren.

Gewinnberechtigt sind in erster Linie die schadenfreien Versicherungen. Einzelne Gesellschaften jedoch vergüten auch denjenigen, die nur einen Teil ihrer einbezahlten Prämien für Krankheitsschäden benötigten, einen gewissen Prozentsatz dieser Prämien zurück[7]). Immer haben aber die schadenfreien Versicherungen den Vorrang und erst wenn diese voll befriedigt sind, erfolgt die Aufteilung des vom Rückerstattungsfonds verbleibenden Restes auf die übrigen Gruppen.

Der Versicherte muß ein volles Rechnungsjahr versichert sein, um Anspruch auf Gewinnbeteiligung zu haben. Fällt sein Versicherungsabschluß mit dem Beginn des Rechnungsjahres zusammen, so kommen für die Errechnung seines Rückerstattungsanspruches die im Leistungstarif vorgesehenen Wartemonate in Abzug. Das gleiche gilt, wenn sich diese Wartemonate teilweise noch auf das Rechnungsjahr erstrecken. Tritt er im Laufe eines Jahres der Versicherung bei, so hat er für die Zeit, die zwischen seinem Versicherungsabschluß und dem diesen zunächst liegenden Kalender-Jahresende liegt, keinen Anspruch. Diese Zeitspanne ist für die Gewinnbeteiligung das, was die Karenzzeit für den Leistungstarif bedeutet und notwendig in versicherungstechnischem Sinne, aber ein Angriffspunkt der Gegner.

Alle einzelnen Glieder einer Familie gelten als eine einzige Versicherung, d. h., wenn auch nur ein Glied einer

[7]) Westdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker, Kaufleute und Gewerbetreibende a. G., Dortmund. Tarif vom 1. Januar 1930.

Familie einen Schadensanspruch stellt, so gilt die ganze Familie als nicht schadensfrei und kommt für die Rückerstattung nur in beschränktem Maße — etwa als zweitrangige Gruppe — oder überhaupt nicht in Betracht, je nach der Höhe des Schadensfalles. Bei kinderreichen Familien kann dadurch leicht die Möglichkeit eines Rückerstattungsempfanges auf ein Minimum zurücksinken.

In den meisten Fällen erfolgt Aufrechnung der Gewinnbeteiligungs- bezw. Rückerstattungsansprüche auf die Prämien des nächstfolgenden Jahres; nur bei Erlöschen des Versicherungsvertrages ist Bar-Auszahlung möglich.

2. Die Bedeutung der Prämienrückvergütung für die private Krankenversicherung.

Die in vorstehender Weise skizzierte Prämienrückerstattung fand, wie bereits verschiedentlich erwähnt, durchaus nicht den Beifall der Fachwelt.

Vor allem ist es der Einwand, daß die Prämienrückvergütung dem Sinne einer Versicherung widerspreche, bezw. eine Spekulation auf die kaufmännische Denkweise des Versicherungsinteressenten sei, der erhoben wird[8]). Dieser Einwand steht und fällt mit der Auffassung, die man von der privaten Krankenversicherung hat. Noch bis zu den Jahren 1925 und 1926 waren die Versicherer vorwiegend Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die in der privaten Krankenversicherung eine soziale Einrichtung sahen und die jedes kaufmännische Denken verpönten. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, gab es für sie nur eine Kategorie von Versicherten: „Die Kranken", denen sie Unterstützung im Krankheitsfalle zusichern wollten. Eine Begünstigung der Gesundgebliebenen war für sie schon technisch nicht möglich, da sie deren Prämien zur Deckung der Schäden unbedingt benötigten, denn die soziale Einstellung verlangte soziale, d. h. niedrige Prämien, die keineswegs zur Befriedigung der zumeist durchaus unsozialen Anforderungen der Versicherten genügten. Diesen Ausgleich mußten die Gesundgebliebenen schaffen. Zudem betrachteten sie eine Forderung auf Prämien-Rückvergütung als Spekulation und diese schien ihnen mit dem Versicherungsgedanken nicht in Einklang gebracht werden zu können. Sie bedachten nicht, daß der Gegenseitigkeitsgedanke eigentlich keine Versicherung, sondern im Grunde genommen eine praenumerando zu bezahlende Umlage dar-

[8]) Widerspricht die Prämienrückvergütung in der Krankenversicherung dem Sinne der Versicherung? (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 70. Jahrgang, Nr. 12 vom 15. Juni 1929, S. 132/33).

stellt, die nur in das Schema einer Versicherung gepreßt war, mit einer solchen aber ebensoviel oder besser gesagt ebensowenig zu tun hatte, als etwa eine Umlagesterbekasse mit einer Kleinlebensversicherung. Aus diesem Grunde übersahen sie, daß heute niemand eine Versicherung aus ethischen Motiven abschließt, sondern daß die Triebkraft hierzu die Befürchtung, von einem Schaden betroffen zu werden, ist. Rein kaufmännische Denkweise ist es, die zu einem Versicherungsabschluß führt. Die heutige hochkapitalistische Zeitepoche, in deren Hintergrund immer noch die Zeit des Währungsverfalles wetterleuchtet, muß einer Versicherung ihren Stempel aufdrücken und der Versicherungsinteressent verlangt von seiner Versicherung, daß sie ihm seine Vermögenssubstanz erhalte. Ob diese Substanzerhaltung in Form von Rückersatz der von ihm verauslagten Krankheitskosten oder durch den teilweisen Ersatz seiner Prämien erfolgt, das stellt er seiner Versicherung frei, aber erhalten wissen will er diese Substanz.

Ganz abgesehen aber davon wäre es immer noch gewagt zu behaupten, daß eine Rückerstattung der Prämien gegen den Versicherungsgedanken verstoße. Viele andere Versicherungsarten haben seit langem die Prämien-Rückerstattung, mag sie nun so, oder Gewinnbeteiligung oder Dividenden-Berechtigung heißen. Man denke nur an die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Invaliditäts-Zusatzversicherung und vor allem an die Lebensversicherung. Ist denn die Erlebensfall-Leistung in der Lebensversicherung etwas anderes als eine Prämien-Rückerstattung? Es würde niemand einfallen, diesen Versicherungssparten deshalb einen Vorwurf zu machen, denn die Prämienrückerstattung ist eine Versicherungsleistung genau so wie jede andere Schadensleistung auch. Sie ist eine Entschädigung für die Nichtinanspruchnahme der Versicherung, ist eine Begünstigung der guten Risiken. Die große Aufgabe der Prämien-Rückerstattung für die private Krankenversicherung ist die intensivere Heranziehung des guten Risikos. Eine Versicherung, die nur aus ungünstigen oder gar schlechten Risiken besteht, ist undenkbar, denn das schlechte Risiko wird nicht selten, gewollt oder ungewollt, ein Vielfaches der einbezahlten Prämien für Schadensfälle zurückfordern. Zum Versicherungsgedanken gehört es daher, diesen schlechten Risiken eine möglichst große Zahl von guten Risiken gegenüberzustellen, um einen Ausgleich zu schaffen. Dieser Ausgleich wird aber nur dann zustande kommen, wenn dem guten Risiko ein Aequivalent

für die in seinen Augen nutzlose Versicherung geboten wird. Ein solches Aequivalent ist die Prämien-Rückerstattung. Nicht weiter erörtert soll in diesem Zusammenhang die Höhe der Prämien-Rückerstattung werden. Hier handelt es sich nur um die prinzipielle Frage. Da die Prämien-Rückerstattung die Versicherung stärkt, kann sie unmöglich gegen das Prinzip einer Versicherung verstoßen und muß mit demselben in Einklang zu bringen sein.

Die zweite große Aufgabe der Prämien-Rückerstattung ist die Verminderung der Schäden und so kommen wir zu dem von den Gegnern erhobenen zweiten Einwand, daß die Prämien-Rückvergütung die Versicherungsmoral und das Anstandsgefühl untergrabe[9]). Was ist unter Versicherungsmoral zu verstehen? Doch nichts anderes, als das korrekte Einhalten des Versicherungsvertrages unter Vermeidung jeglichen, auch noch so minimalen Versicherungsbetruges. Es dürfte wohl kaum eine Versicherungssparte geben, die derart unter versuchten und erfolgreichen Betrugsversuchen zu leiden hat, wie gerade die Krankenversicherung. Infolge der Geringfügigkeit der Beträge ist die unberechtigte Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen sehr leicht möglich. Unberechtigte Inanspruchnahme ist jedoch nicht nur dann gegeben, wenn der Versicherte infolge unrichtiger Angaben über seine Gesundheitsverhältnisse beim Versicherungsabschluß, Versicherungsleistungen erhält, die er sonst nicht beanspruchen könnte, sondern sie liegt bereits vor, wenn er ohne ernstlichen Grund den Arzt aufsucht und die Versicherungen dafür zur Versicherungsleistung zwingt. Es dürfte nicht zuviel gesagt sein, wenn man annimmt, daß mindestens die Hälfte der sogenannten Bagatelleschäden, die ihrerseits wiederum gut $^1/_3$ aller Schadensfälle bilden, auf Versicherungsbetrug im engeren und erweiterten Sinne zurückzuführen sind; ganz abgesehen von vielen großen Schäden, die nur mittels zweifelhafter Atteste aus der Versicherung „heraus gepreßt" werden.

In überwiegendem Maße entstammen diese unberechtigten Forderungen dem Verlangen der Versicherten, „etwas von der Versicherung zu haben". Alle Ermahnungen in den Vereinszeitungen, durch Flugblätter oder durch persönliche Aufklärung, sind anscheinend fruchtlos geblieben, denn sonst würde die Frage der Beseitigung der kleinen Schäden nicht immer wieder von neuem aufgerollt. Würde es gelingen,

[9]) Widerspricht die Prämienrückvergütung in der Krankenversicherung dem Sinne der Versicherung? (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 70. Jahrgang, Nr. 12 vom 15. Juni 1929, S. 132/33).

diese unberechtigten Forderungen zu beseitigen und die Versicherten zur exakten Einhaltung des Versicherungsvertrages zu veranlassen, so könnte man von einer Hebung der Versicherungsmoral sprechen. Hier setzt nun die Prämien-Rückvergütung ein. Sie arbeitet mit dem in jedem Menschen schlummernden Egoismus. Der Versicherte hat es nicht mehr nötig, subjektiv einen Schadensfall herbeizuführen, denn er weiß, daß er auf jeden Fall nicht leer ausgeht, da er ja im Nichterkrankungsfalle einen Teil seiner Prämien zurückerhält. Er ist somit immer gedeckt, so oder so. Tatsächlich weisen auch die Versicherungsunternehmungen mit Prämien-Rückvergütung einen wesentlich geringeren Schadenanfall auf[10]). Ein großer Teil der Bagatelleschäden verschwindet. In diesem Sinne bewirkt somit die Prämien-Rückerstattung eher eine Hebung der Versicherungsmoral, als eine Minderung. Für die Volkswirtschaft ist dies von nicht geringer Bedeutung. Nicht nur, daß die Kapitalaccumulation durch die Zurückgabe der von der Versicherung nicht benötigten Prämien gefördert wird, auch die Leistungsfähigkeit der Gesellschaften wird gehoben, denn die guten Risiken können für den Versicherungsgedanken in erhöhtem Maße interessiert werden und als Ausgleichsposten für die schlechten Risiken dienen. Durch diese erhöhte Leistungsfähigkeit der Gesellschaften wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung gehoben und dies kommt, infolge der daraus sich ergebenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, der Produktion zugute. Der Einwand, daß durch die Prämien-Rückvergütung der Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht, wie vorstehend angeführt, gehoben, sondern verschlechtert wird, da die Versicherten einen Arzt nur in letzter Stunde aufsuchen, um sich die Prämien-Rückvergütung nicht entgehen zu lassen, dürfte sehr zweifelhaft sein. Die Aussicht, einen Teil der einbezahlten Prämien zurückzuerhalten, wird keinen vernünftigen Menschen veranlassen, ein objektiv empfundenes Leiden nicht behandeln zu zu lassen. Wenn es auch möglich ist, daß vereinzelt derartige Fälle auftreten, so wird es sich doch immer um Ausnahmefälle handeln, die man nicht verallgemeinern darf.

Eine Benachteiligung der Versicherten kann allerdings dann erfolgen, wenn diese, durch den Anreiz der Prämien-Rückvergütung veranlaßt, die angefallenen Bagatelleschäden selbst bezahlen und dadurch die Einreichungsfrist versäumen.

[10]) Vgl. die Bilanzen der Krankenversicherungsgesellschaften ohne Prämienrückvergütung mit denjenigen der Gesellschaften mit Rückvergütung.

Tritt dann später ein schwerer Schaden ein, der die zu erwartende Prämien-Rückvergütung um ein Vielfaches übersteigt und deshalb von dem Versicherten zur Schadensleistung vorgelegt werden muß, so kann er die inzwischen verfallenen Rechnungen nicht mehr einreichen und ist um diesen Betrag geschädigt, da ja durch den großen Schaden die Prämien-Rückerstattung auch verfallen ist. Solche Härten lassen sich jedoch nie ausschalten und können nicht als Maßstab zur prinzipiellen Beurteilung einer Idee verwendet werden. Bis zu einem gewissen Grade ist jede Versicherung eine Spekulation.

Die bisher erörterten Einwände gegen die Prämien-Rückerstattung bieten kaum bereits eine Grundlage zur völligen Ablehnung dieses Verfahrens. Anders verhält es sich hingegen mit den von den Gesellschaften in Aussicht gestellten Höchstsätzen, bezüglich der Höhe der Rückerstattung. Hierzu bringen viele Fachleute den Einwand, daß diese zu weit gehen, denn es wäre günstigenfalls nur eine Rückerstattung von 30 bis 50 Prozent möglich, nicht aber eine solche von 80 Prozent und noch mehr. Wenn auch die Gesellschaften nicht gezwungen werden können, diese Höchstsätze einzuhalten und jeweils die Möglichkeit haben, ihre Prämien-Rückerstattung dem Bilanz-Ergebnis anzupassen, so daß eine finanzielle Gefahr für die Versicherung nicht besteht, so wäre es doch unmoralisch, wenn die Erfüllbarkeit dieser Höchstsätze nicht im Bereich des Möglichen liegen würde. Wenn schon die Höhe der jeweiligen Rückerstattung variabel gehalten wird, so muß doch der Höchstsatz, wenn auch nur unter besonders günstigen Verhältnissen, erfüllbar sein. Wenn man die Gesundenziffer und die Zahl der Versicherten, die durch die erwartete Rückerstattung veranlaßt werden könnten, ihre Bagatelleschäden entweder zu vermeiden oder selbst zu bezahlen und dadurch rückerstattungsberechtigt würden, in Betracht zieht, so muß mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß mindestens die Hälfte der Versicherten — wenn nicht sogar 60% — eine Rückerstattung beanspruchen können. Angenommen die Gesellschaft verspricht als Höchstsatz 80% und hat einen normalen Unkostensatz von 20%, so kann wohl für diese Rückerstattungsberechtigten die Prämie genügen, um die Kosten der Rückersattung und der Verwaltungskosten zu decken. Die verbleibenden Mitglieder, welche die Leistungen der Versicherung in Anspruch nehmen müssen, dürften dann in diesem Falle nur 80% der Prämien für Schadensfälle benötigen, um auch ihrerseits den

Unkostenbeitrag von 20% der Prämien aufzubringen. Dabei wären aber die jährlichen Rückstellungen für Schadensreserve, Katastrophenrücklage, Reservenbildung, Abschreibung usw. überhaupt nicht berücksichtigt. Selbst unter diesen anormal günstigen Verhältnissen müßte eine Rückerstattung von 80% als zu weitgehend bezeichnet werden. In der Praxis wird dieses Idealbild jedoch niemals entstehen, denn der hier angenommene Krankenstand von 40% der Versicherten benötigt bestimmt mehr als nur 80% der eingezahlten Prämien, wenn man bedenkt, daß diese 40% ja die großen Schadensfälle, die ein Vielfaches der Jahresprämien darstellen, verursachen. Wollte man eine derartige Berechnung einwandfrei und im versicherungstechnischen Sinne vornehmen, so müßte die genaue Gesundheitsziffer, die Bagatelleschäden, die durchschnittliche Schadenshöhe usw. bekannt sein. Approximativ läßt sich dies jedoch an Hand der Geschäftsberichte der einzelnen Gesellschaften auch berechnen und eine solche Berechnung gibt vorstehender Annahme Recht. Die Entwicklung der Gesellschaften mit Prämien-Rückerstattung hat ebenfalls bewiesen, daß auf die Dauer die Rückerstattung eines solchen Höchstsatzes nicht möglich ist. Von den zwei größten Gesellschaften, welche die Prämien-Rückerstattung betreiben, der „Gedevag" und der Deutschen Krankenversicherungs AG, hat die erste nur im ersten Geschäftsjahr 80% ausbezahlt und in den weiteren Jahren nur 50 bezw. $33^1/_3$%. Die Deutsche Krankenversicherungs AG. hat zwar in den zwei Jahren ihres Bestehens jeweils 80% ausbezahlt, doch ist diese Auszahlung einerseits auf den Verzicht einer Ausschüttung einer Tantieme und Dividende und andererseits auf den kolossalen Neuzugang von 30 000 bezw. 70 000 Versicherten zurückzuführen[11]). Nur durch diesen Neuzugang, der infolge der Wartemonate die Schadensfälle verringert, konnte die Erfüllbarkeit einer 80prozentigen Rückerstattung gewährleistet werden. In dem Augenblick, in dem auch nur einigermaßen eine Stagnation des Versichertenbestandes eintritt, wird auch die Deutsche Krankenversicherungs AG. ihren Höchstsatz vermindern müssen. In der Tat betrug auch die Rückerstattungsquote für das Jahr 1929 nur 42%.

Zusammenfassend kann somit gesagt werden, daß ein Rückerstattungshöchstsatz von 80% unter normalen Verhältnissen nicht durchgeführt werden kann, sondern daß höchstens mit einer Rückerstattung von 50% gerechnet werden

[11]) Geschäftsbericht der „Gedevag" und „Deutschen Krankenversicherungs A.G." für die Jahre 1926/27/28/29.

darf. Da die Gesellschaften bei der Werbung mit dem Höchstsatz operieren und die Mehrzahl der Versicherten mit dem Erhalt eines solchen rechnet, entstehen hieraus Differenzen mit der Versicherten und sowohl letztere als auch die Gegner des Rückerstattungsgedankens greifen die Rückersattung als solche an und verurteilen sie. Es wäre daher angebracht, wenn die Gesellschaften von vornherein einen erfüllbaren Höchstsatz — etwa 50% — festsetzen würden und unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, wäre die Beitragsrückerstattung die gegebene Form der Krankenversicherung.

IV. Kapitel.

Die Arztfrage.[1])

1. Der vertragslose Zustand.

Von dem Zeitpunkt an, als die private Krankenversicherung Bedeutung erlangte, glaubte man, daß sie besonders von der Aerzteschaft freudig begrüßt werden würde, denn sie wollte ja die Privatpatienten unterstützen — wollte ihnen die Möglichkeit geben, auch fernerhin Privatpatienten zu bleiben. Gerade die Aerzteschaft klagte bei Beendigung der Inflation, daß der bis dahin zahlungsfähige Mittelstand vernichtet zu werden drohe, und daß dies nicht übertrieben war, bewies die rasche Ausbreitung des Krankenversicherungsgedankens, der unmöglich einen solchen Aufschwung genommen hätte, wenn nicht das dringende Bedürfnis in Mittelstandskreisen dafür vorhanden gewesen wäre. Die Gesellschaften hatten durchwegs in ihren Versicherungsbedingungen die Verpflichtung übernommen, den Charakter des Privatpatienten strengstens zu wahren und so wäre demnach der Boden für ein ersprießliches Zusammenarbeiten zwischen Aerzteschaft und privater Krankenversicherung gegeben gewesen. Trotzdem aber gab es für letztere kaum einen erbitterten Gegner als die Aerzteschaft.

Neben der angeborenen Antipatie des Arztes gegen alles, was nur irgendwie einer Krankenkasse — und als eine solche betrachteten sie die private Versicherung — ähnlich sieht, waren es besonders die Führer der Aerzteorganisationen, die, mit geringen Ausnahmen, gegen die Mittelstandsversicherungen argumentieren. Diese Führer — Fachärzte und Kapazitäten — mit hohen Honorarforderungen, die von den Ver-

[1]) s. o. I. Teil, II. Kapitel, I. Abschnitt, S. 10 ff.
s. o. I. Teil, IV. Kapitel, I. Abschnitt, S. 24.

sicherungen, bei deren volkstümlichen Prämien nur verhältnismäßig gering honoriert werden konnten, sahen in der Krankenversicherung nur ein Surrogat, das ihnen nie die Kosten der Ansprüche der Patienten ersetzen konnte. Ihre gewichtige Stimme fiel in den Sitzungen der ärztlichen Bezirksvereine und Standesorganisationen schwer in die Wagschale und führte zu Beschlüssen, denen sich, infolge der straffen Organisation der Aerzteschaft, niemand zu widersetzen wagte.

Außerdem verfielen auch die Aerzte dem von den Versicherten begangenen Fehler, daß sie von den Versicherungsgesellschaften die restlose Erstattung aller Schäden forderten und im gegenteiligen Falle blieb eine Mißstimmung zurück, die keinesfalls zur Entspannung der Lage führen konnte. Genährt wurde diese Mißstimmung durch das unverantwortliche Verhalten der Versicherten. Diese stellten den Arzt in den meisten Fällen vor die Alternative, entweder den ihnen von der Versicherung vergüteten Betrag anzunehmen, oder den etwa noch verbleibenden Rest der Liquidation einzuklagen. Beide Teile übersahen, daß die Versicherung nur bis zu einer gewissen Höhe die Leistungen erstatten konnte und daß damit noch lange nicht ein Werturteil über die Tätigkeit des Arztes abgegeben werden sollte.

All dies wurde der Krankenversicherung zur Last gelegt. Die Gesellschaften, die zum mindesten eine wohlwollende Neutralität von Seite des Arztes erwartet hatten, wurden in ihren Annäherungsversuchen entweder zurückgewiesen oder es wurden ihnen Forderungen gestellt, die sie ohne Aufgabe lebenswichtiger Belange niemals einlösen konnten. Man betrachtete ihre Verhandlungsgeneigtheit nur als Vorbote für einen vom Staate sanktionierten Zwangsvertrag, ähnlich dem der Sozialversicherung, und glaubte, es mit den Standesrücksichten nicht vereinbaren zu können, mit einer Krankenversicherung zusammenzuarbeiten. Die vom versicherungstechnischen Standpunkt aus unbedingt erforderliche Spezifikation der Rechnungen verurteilte man als „Schikane" und sah in ihr einen Eingriff in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Privatpatient[2]).

Allerdings darf nicht übersehen werden, daß auch von den Gesellschaften große Fehler begangen wurden. So war vor allem die Rückerstattung der Rechnungen der Heilkundigen für die Aerzte eine Brüskierung, wie sie in den Zeiten

[2]) A. Sachs, „Arzt und Mittelstandsversicherung", Bayerisches Aerztliches Korrespondenzblatt, Jahrgang 1928, Nr. 26, S. 320.

des Kampfes gegen das Kurpfuschertum nicht größer hätte sein können. In der Nachinflationszeit blühte bekanntlich das Kurpfuschertum auf. Unter der Bezeichnung „Heilkundiger" maßten sich Menschen ohne entsprechende anatomische Kenntnisse und ohne die erforderliche Bildungsstufe die Fähigkeit an, den Arzt zu ersetzen. Diesen „Heilkundigen" wurde von Seite der Aerzteschaft der Kampf angesagt. Nun kamen die Krankenversicherungen und vergüteten die ihnen von den Versicherten vorgelegten Rechnungen. Die Aerzteschaft fühlte sich dadurch brüskiert. Ob die Versicherungsgesellschaften aus innerer Ueberzeugung oder aus einem, von den Versicherten auf sie ausgeübten Zwang diese Rechnungen vergüteten, das spielte für die Beurteilung keine Rolle. Tatsache war, daß es geschah und der Grund zu neuen Angriffen war gegeben.

Durch die Verhältnisse zwar verständlich, aber doch unklug, war es auch von den Versicherungen, den Aerzten in ihrer Gesamtheit den Vorwurf zu machen, daß sie die Versicherten überfordern würden. Wenn auch sicherlich Fälle vorgelegen sein mögen, bei denen man von einer Ueberforderung sprechen mußte, so sind sie sicher nicht in dem Ausmaße aufgetreten, daß man dies hätte verallgemeinern dürfen, wie dies die Versicherungen getan haben[3]). Ein solcher öffentlicher Vorwurf durfte nicht dem Stillschweigen der Aerzteschaft begegnen und die Folge davon war ein noch weiteres Abrücken derselben von der Krankenversicherung. Die erfolgreiche Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung konnte jedoch dieser bedauerliche Kampf nicht aufhalten. Das sahen vor allem die in der Praxis stehenden „praktischen Aerzte" ein und forderten als erste von ihren Organisationen eine loyalere Stellungnahme zu dem neuen Versicherungszweig[4]).

2. Vereinbarung zwischen Aerzteschaft und Krankenversicherung und ihre Wirkung.

Die gegenseitigen Verständigungsversuche zeitigten am 18. August 1926 erstmals ein für beide Teile befriedigendes Ergebnis. An diesem Tage wurde zwischen dem Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund) und den führenden Krankenversicherungsgesellschaften eine Vereinbarung abge-

[3]) „Mittelstandsversicherungen", Bayerisches Aerztliches Korrespondenzblatt Jahrgang 1926, Nr. 40, S. 475ff.

4) „Mittelstandsversicherungen", Bayerisches Aerztliches Korrespondenzblatt, Jahrgang 1926, Nr. 40, S. 475.

schlossen, welche das Zusammenarbeiten der beiden Gruppen regeln sollte. Wenn auch dieses Abkommen nur als Provisorium anzusehen war und durchaus kein Idealbild darstellte, so ist es doch als Markstein in der Entwicklung der privaten Krankenversicherung zu betrachten. Das Abkommen wurde im Laufe der Zeit durch das Arbeiten von zwei Kommissionen — Aerztekommission und Kommission der Krankenversicherer — ausgebaut und, da sich in der Zwischenzeit die Gesellschaften zu Verbänden vereinigten, mit diesen offiziell abgeschlossen[5]).

Wenn auch diese Vereinbarung den Krankenversicherern noch nicht das brachte, was sie dringend notwendig brauchten — die offizielle Möglichkeit, mit dem einzelnen Arzt Fühlung zu nehmen — so zeigte sie doch das fühlbare Bestreben nach einer intensiven und freundschaftlichen Zusammenarbeit.

Sie verpflichtete die Aerzteschaft:

1. die Versicherten nach Mittelstandssätzen zu behandeln,
2. die Rechnungen zu spezifizieren,
3. zur Attestausstellung,
4. auf Anforderung der Versicherer Gesellschaftsärzte, welche die Aufnahmeanträge zu prüfen und die Leistungspflicht der Versicherungen festzustellen haben, zu benennen,
5. Gutachterstellen, welche strittige Rechnungen nachzuprüfen haben, einzurichten und
6. im Bedarfsfalle Aerzte für Aufsichtsratsstellen zur Verfügung zu stellen.

Die Krankenversicherungen versprachen hiergegen:

1. an der freien Arztwahl festzuhalten,
2. Rechnungen von Kurpfuschern — Heilkundigen — nicht zu vergüten,
3. mit einzelnen Aerzten bezw. Aerzteorganisationen bezw. Sanatorien und Krankenanstalten keine Honorarverträge bezw. Begünstigungsverträge abzuschließen.

Bei Gegenüberstellung der Verpflichtungen der beiden Vertragskontrahenten muß man feststellen, daß die Verpflichtungen der Aerzte weitaus größere waren als diejenigen der Krankenversicherer, denn die Pflichten, die durch die Vereinbarung den letzteren auferlegt wurden, waren von den-

[5]) Vereinbarung zwischen dem Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund) und dem Verband privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig, über die Beziehungen zwischen der Aerzteschaft und den privaten Mittelstandskrankenversicherungen, Leipzig 1927. (Herausgegeben vom Verband privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig.)

selben schon seit Bestehen der Krankenversicherung durchgeführt worden. Die freie Arztwahl, der vertragslose Zustand bezüglich der Honorarforderungen, das waren ja die Leitsätze der Krankenversicherung, denen sie zum überwiegenden Teil ihren raschen Aufstieg zu verdanken hatte. So blieb allein das Verbot der Bezahlung von Kurpfuscherrechnungen, aber auch dieses war von den Gesellschaften unschwer durchzuführen. Viele Versicherte waren es nicht die Anspruch auf eine derartige Vergütung erhoben und die Unzufriedenheit dieser war von den Gesellschaften leichter zu tragen, als die Gegnerschaft der Gesamtärzteschaft.

Das bedeutsamste Zugeständnis der Aerzte war zweifellos die Verpflichtung: die Versicherten nach Mittelstandssätzen zu behandeln. Von Mittelstandssätzen kann man sprechen, wenn der Arzt seinem Patienten dessen finanziellen Verhältnissen entsprechend die Liquidation stellt. Die „Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Aerzte" — „der Leistungstarif der Aerzte" — sieht für alle ärztlichen Verrichtungen bezüglich der Honorare Höchst- und Mindestsätze vor. Die Mindestsätze sind die Armentaxe, die dann anzuwenden ist, wenn es sich um einen nachweisbar unbemittelten Patienten handelt. Die Liquidationssätze für alle übrigen Bevölkerungsgruppen bewegen sich zwischen den Höchst- und Mindestsätzen. Dem Arzt ist es freigestellt das Honorar zu bestimmen, je nachdem sein Eindruck von den wirtschaftlichen Verhältnissen des Patienten ist. Von dem Bessersituierten wird er ein höheres Honorar verlangen als von dem Schlechtersituierten. Nachdem die Privatversicherung ihre Versicherten als Privatpatienten charakterisierte, hätten diese Bestimmungen auch auf diese Anwendung finden sollen, d. h. die von den letzteren der Versicherung vorgelegten Rechnungen hätten bezüglich ihrer Höhe fast durchwegs verschieden sein müssen, denn jeder Versichertenbestand setzt sich aus Unbemittelten, Schlechter-, und Bessersituierten zusammen[6]). Anstatt dessen mußten die Gesellschaften die Wahrnehmung machen, daß die Aerzte bei allen Versicherten mindestens die im Leistungstarif der Versicherung festgesetzten Vergütungssätze berechneten. Die Schadensziffer der Gesellschaften wies dadurch eine annormale Höhe auf. Da die Vergütungssätze der Gesellschaften durchwegs das 2, 3 und sogar noch mehrfache der Mindestsätze

[6]) Darf die Zugehörigkeit zu einer Mittelstandskrankenversicherung als Maßstab für die Bemessung ärztlicher Liquidationen dienen? (Versicherungs-Agent Berlin, 39. Jahrgang, Nr. 25 vom 1. September 1928, S. 179/80).

der ärztlichen Gebührenordnung zusicherten, waren alle diejenigen Rechnungen überzahlt, die auf diese Vergütungssätze aufgebaut waren und für Unbemittelte oder Schlechtersituierte gehörten[7]). Nach der neuen Vereinbarung sollte das fortfallen, denn der Leistungssatz der Versicherung durfte nicht mehr als Maßstab für die ärztliche Liquidation dienen. Aus diesem Grunde hätte eine solche Zusicherung der Aerzteschaft der Krankenversicherung eine finanzielle Entlastung bringen müssen.

Daß sich die Aerzteschaft verpflichtete, die Rechnungen zu spezifizieren und Atteste über die Entstehung, die Art des Leidens usw. auszustellen, konnten die Gesellschaften ebenfalls als Gewinn buchen. Wenn man bedenkt, daß der Schadensprüfer der Versicherung nur dann den auf die Versicherer treffenden Betrag der Rechnung feststellen kann, wenn diese spezifiziert, d. h. nach den ärztlichen Leistungen ausgeschieden ist, und da alle Gesellschaften die Vergütung für sogen. alte Leiden ablehnen, was zu erkennen wiederum nur durch Atteste ermöglicht wird, so kann man verstehen, daß eine solche offizielle Zusage eine wesentliche Arbeitsvereinfachung für die Gesellschaften verursachen mußte. Bis zum Abschluß der Vereinbarung war es dem guten Willen des Arztes überlassen, diese lebensnotwendigen Forderungen der Versicherer zu erfüllen oder nicht. Die Mehrzahl der Aerzte kam zwar immer schon diesen Forderungen nach, aber in den meisten Fällen doch auch erst nach zeitraubenden und lästigen Rückfragen bezw. Briefwechsel. Nun hatten die Gesellschaften die Möglichkeit, durch die Organisation die Spezifizierung und Attestausstellung erzwingen zu können und wenn auch für ein Attest RM 6.— vom Arzt verrechnet werden sollte, so konnten dadurch doch viele unberechtigte Ansprüche der Versicherten zurückgewiesen werden.

Die Beurteilung der Leistungspflicht der Versicherten lag dem Schadensprüfer ob. Dieser mußte auf Grund seiner eigenen Erfahrung und der ihm zur Verfügung stehenden ärztlichen Atteste feststellen, ob ein altes Leiden in Frage käme. Da diese Schadensprüfer durchwegs Laien waren, läßt sich denken, daß eine solche Beurteilung, wenn nicht überhaupt unmöglich, so doch außerordentich schwer war. Aerzten war es von der Aerzteorganisation strengstens untersagt, für die Versicherung in dieser Richtung tätig zu sein und so mußte mancher Schadensfall, der sonst abgelehnt hätte wer-

[7]) Vgl. oben I. Teil, II. Kapitel, I. Abschnitt, S. 10 ff.

den können, mangels genauer Kenntnis der Materie ausbezahlt werden. Die Erlaubnis der Organisation, daß es den Aerzten gestattet sei, als Gesellschaftsärzte Gutachterstellen anzunehmen, bedeutete daher für die Versicherung eine Erhöhung der Kontrollfähigkeit und damit eine Verminderung der unberechtigten Inanspruchnahme durch die Versicherten.

Mit der Institution von Gutachterstellen bei den Organisationen selbst, an die sich die Versicherungen wenden konnten, wenn ihnen eine Aerzterechnung zu hoch erschien, war den Gesellschaften die Möglichkeit gegeben, einer Ueberforderung seitens der Aerzte wirksam zu begegnen. Bis dahin konnten sie nur ihren Versicherten anheimstellen, den Arzt wegen Leistungswucher zu belangen, ein Mittel, das aus Prestigegründen für beide Parteien — Arzt und Privatversicherung — nur sehr selten durchgeführt werden konnte. Durch die neue Einrichtung war diese immerhin wichtige Frage gelöst.

Die Bereitwilligkeit der Aerzte, Aufsichtsratstellen bei den Versicherern anzunehmen, zeigte, daß erstere ernstlich gewillt waren, ein intensives Zusammenarbeiten herbeizuführen. Für die Gesellschaften bedeutete es aber den Gewinn von erfahrenen Kräften, die sie am weiteren Aufbau der Tarife wirksam unterstützen konnten.

Es schien somit die Arztfrage durch den Abschluß der Vereinbarung für die Krankenversicherung gelöst zu sein. Trotzdem darf jedoch nicht verkannt werden, daß die Vereinbarung mit dem Willen des einzelnen Arztes, sie korrekt einzuhalten, stehen und fallen mußte, denn sie verpflichtete wohl die Organisation über die Einhaltung zu wachen, verpflichtete aber nicht den Arzt zur restlosen Erfüllung. Der Hartmannbund, als Vertreter der Gesamtärzteschaft, trat in dieser Vereinbarung nur als Mittler zwischen den Aerzten und den Krankenversicherern auf; „er wird die Aerzte darauf hinweisen", — „er empfiehlt" — „er ist bereit" — diese Sätze wiederholten sich in fast jedem einzelnen Paragraphen. Für den Krankenversicherer hingegen gewann sie festere Form. „Die Mittelstandsversicherungen werden an dem Grundsatz der freien Arztwahl ausnahmslos festhalten" — „Die Mittelstandsversicherungen verpflichten sich" — man sieht eine weitaus festere Bindung.

Tatsächlich war auch die Wirkung der Vereinbarung in der Praxis äußerst verschieden. In den Bezirken, in denen sich die ärztlichen Bezirksvereine mit ihrer ganzen Macht

hinter sie stellten, verhalf sie zu einer Klärung, in anderen Bezirken hingegen blieb sie ein Schemen[8]).

Leider waren die ärztlichen Bezirksvereine, die eine laxe Auslegung der Vereinbarung zuließen, in der Mehrzahl und das Abkommen, das von den beiden Spitzenverbänden zweifellos mit den besten Absichten abgeschlossen war blieb eine schöne Geste, die von vielen Aerzten nicht ernst genommen wurde. Es muß leider festgestellt werden, daß die Aerzte, und hier wieder die einzelnen Bezirksvereine, es vielfach waren, die sich einem erfolgreichen Zusammenarbeiten entgegenstellten und damit die Auswirkung des Abkommens verhinderten. Wenn in einer Vollversammlung des ärztlichen Bezirksvereines München-Stadt — um nur ein Beispiel herauszuziehen — die sich mit der Mittelstandsversicherungsfrage befaßte, Ansichten wie: „Die weitere Ausdehnung der Mittelstandsversicherung ist ideell untragbar" — „Die Mittelstandsversicherungen werden bald in sich zusammensinken, ihr Bestehen beruht auf einer Konjunkturpolitik" oder „Die Mittelstandsversicherung werden die Aerzte unter ihre Botmäßigkeit bringen", vertreten wurden, und daß sogar noch nach Abschluß der Vereinbarung, so ließ dies erkennen, daß es noch viele Aerzte gab, die sich nicht auf den Boden der Vereinbarung stellten[9]).

3. Aerzteschaft und private Krankenversicherung in den letzten Jahren.

Die Vereinbarung zwischen Aerzteschaft und privater Krankenversicherung war in einer Zeit abgeschlossen worden, in der letztere noch in der Entwicklung begriffen war und es sich daher noch nicht gestatten konnte auf die Dauer zu einem lebenswichtigen Faktor, und als solcher muß die Aerzteschaft für die private Krankenversicherung zweifellos bezeichnet werden, in Opposition zu treten. Die tieferen Beweggründe für das Zustandekommen dieser Vereinbarung waren vermutlich auf Seite der Aerzte, der Gedanke einen anscheinend ernst zu nehmenden Wirtschaftszweig, von wel-

[8]) „Mittelstandsversicherungen und ärztliche Organisation", Bayerisches Aerztliches Korrespondenzblatt, Jahrgang 1928, Nr. 4.
„Bekanntmachungen, Fortfall der Erstattungspflicht für Rechnungen verschiedener Aerzte", Nachrichtenblatt der Deutschen Beamten-Krankenversicherung, Jahrgang 1928, Nr. 9, S. 8.
„Das Problem der Mittelstandskrankenversicherung", Bayerisches Aerztliches Korrespondenzblatt, Jahrgang 1928, Nr. 51, S. 611.

[9]) „Bericht über die Vollversammlung des Aerztlichen Bezirksvereins München-Stadt vom 11. 2. 1927; Bayerisches Aerztliches Korrespondenzblatt, Jahrgang 1927, Nr. 8, S. 88ff.

chem man annehmen konnte, daß er sich im Laufe der Jahre zu einer Wirtschaftsmacht, mit der man rechnen mußte, entwickeln würde, sich beizeiten dienstbar zu machen und auf Seiten der Krankenversicherer das Bestreben, eine Grundlage zu schaffen, auf der ein weiterer Ausbau der freundschaftlichen Beziehungen erfolgen konnte. Beide Teile waren sich darüber klar, daß das Ganze nur ein Provisorium darstellen könne, das erst erweitert werden müsse. Aus diesen Gründen entstand 1927 eine Studienkommission, zu der Aerzteschaft und Krankenversicherer Vertreter stellten und deren Aufgabe es war, neue Wege für eine endgültige Zusammenarbeit zu finden[10]). Bei diesen Verhandlungen stellten die Krankenversicherer die Forderung auf das Recht auf Nachuntersuchungen durch ihre Gesellschaftsärzte, vor allem bei Kurgenehmigungsanträgen, Anträgen auf Krankengeld und bei Verdacht auf Ausnutzung durch die Versicherten. Die Gewährung dieser Forderung lehnten die Vertreter der Aerzteschaft ab und diese Tatsache, verbunden mit den von den Gesellschaften gemachten Erfahrungen, daß die Vereinbarung doch nicht das gebracht hätte, was man sich von ihr erwartete, veranlaßte den Versicherer für den 31. Dezember 1931 die Vereinbarung zu kündigen[11]). Anläßlich der Kündigung wurde von den letzteren ausdrücklich darauf hingewiesen, daß dadurch kein dauernder vertragloser Zustand geschaffen werden solle, sondern daß eine neue Verhandlungsmöglichkeit anzustreben sei.

Im Großen und Ganzen hat sich das Verhalten des Großteils der Aerzte der privaten Krankenversicherung gegenüber nicht wesentlich geändert. Der Arzt erkennt, daß die private Krankenversicherung ein wichtiger Bundesgenosse zur Erhaltung seiner Privatpraxis ist und unterstützt sie, soweit es in seinen Kräften steht. Erst in jüngster Zeit (Mai 1931) wurde von einer führenden Persönlichkeit der privaten Krankenversicherung festgestellt, daß seitens der Aerzteschaft keine Schwierigkeiten bereitet werden[12]). Es wäre auch verwunder-

---

[10]) Eine Arbeitsgemeinschaft privater Krankenversicherer gegründet (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, Jahrgang 1928, S. 157).

[11]) Vertragsloser Zustand zwischen dem größten Teil der privaten Krankenversicherungsgesellschaften und der Aerzteschaft (Hartmannbund), (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, Jahrgang 1929, Nr. 2, S. 19).

[12]) A. Schneider, Aerzteschaft und private Krankenversicherung (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 72. Jahrgang, Nr. 9 vom 1. Mai 1931, S. 100/101).

lich wenn dies nicht zuträfe, denn laut offizieller Mitteilung des Verbandes Privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V. wurden von den Verbandsgesellschaften allein im Jahre 1928 rund 50 Millionen Reichsmark für die Kosten ärztlicher Behandlung an die Versicherten ausbezahlt[13]). In den letzten Jahren dürfte sich dieser Betrag noch wesentlich erhöht haben, so daß man damit rechnen kann, daß alljährlich etwa 60 Millionen RM den Aerzten zufließen. Allerdings fehlen auch nicht Stimmen, die sich trotz allem nach wie vor als Gegner der privaten Krankenversicherung bekennen. So sah sich eine ärztliche Verrechnungsstelle in Pommern einem Versicherten gegenüber zu nachfolgender Aeußerung veranlaßt: „Wenn auch Sie einer dieser unglückseligen Krankenversicherungskassen in die Hände gefallen sind, die für hohe Beträge minimale Leistungen bietet, so können wir das nur bedauern"[14]). Immerhin aber ist anzunehmen, daß derartige Ansichten vereinzelt sind, denn sonst würden die Gesellschaften sowohl in der Fachpresse als auch in den Hauszeitungen dagegen Stellung nehmen. Aus dem Fehlen derartiger Veröffentlichungen darf man schließen, daß im allgemeinen eine reibungslose Zusammenarbeit zu verzeichnen ist. Trotzdem sollte jedoch versucht werden, wieder eine engere und offizielle Bindung zwischen Aerzteschaft und Privatversicherung zu erreichen, denn beide Teile würden damit besser fahren. Daß eine solche Bindung möglich ist, beweist das Vorgehen der Polizeibeamtenkrankenversicherung, die mit dem Reichsverband Deutscher Krankenkassenzahnärzte gegen Ende des Jahres 1930 einen Honorarvertrag abgeschlossen hat[15]). Die Polizeibeamtenkrankenversicherung, die durchaus als Privatversicherung angesehen werden muß, hat dadurch den Nachweis erbracht, daß es bei beiderseitigem guten Willen sehr wohl möglich ist, nicht nur einen Vertrag hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Krankenversicherer abzuschließen, sondern sogar einen Honorarvertrag einzugehen. Nachdem die

[13]) Das Verhältnis der privaten Krankenversicherung zur Aerzteschaft (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 71. Jahrgang, Nr. 7 vom 1. April 1930, S. 91).

[14]) Das Verhältnis der privaten Krankenversicherung zur Aerzteschaft (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 71. Jahrgang, Nr. 7 vom 1. April 1930, S. 91).

[15]) Die Polizei-Beamtenkrankenversicherung schließt einen Vertrag mit dem Reichsverband Deutscher Krankenkassen-Zahnärzte (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 71. Jahrgang, Nr. 20 vom 15. Oktober 1930, S. 276/77).

private Krankenversicherung letzteres nicht einmal beabsichtigt, müßte es durchaus im Bereich des Möglichen liegen, wenigstens bezüglich einer allgemeinen Zusammenarbeit eine Vereinbarung zu treffen. Wenn man die Frage aufwirft, ob eine derartige Vereinbarung im Interesse der beiden Gruppen läge, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

Die Krankenversicherung kennt kein Kassenarztsystem, wie es für den Aufbau der Sozialversicherung charakteristisch ist. Die Versicherten haben freie Arztwahl und freie Wahl der Behandlungsmethode, sie sind Privatpatienten. Aus dieser Tatsache leitet sich für sie die Berechtigung ab, daß diese Eigenschaft auch bei der Rechnungsstellung dergestalt berücksichtigt wird, daß ihnen die Rechnung nicht gemäß den Leistungshöchstsätzen ihrer Versicherung, sondern auf Grund ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit erstellt wird[16]). Die Gesellschaften klagen jedoch heute noch darüber, daß die Aerzte auf dieses Recht keine Rücksicht nehmen[17]). Eine diese Frage lösende Vereinbarung könnte somit der Krankenversicherung bedeutende Summen sparen.

Weiterhin klagen die Gesellschaften über Polipragmasie der Aerzte[18]). Auch hieraus ergibt sich die dringende Forderung, ein gutes Einvernehmen zwischen Aerzte und Krankenversicherer herzustellen, denn nur dann werden die ärztlichen Organisationen ein Interesse daran haben, derartige Auswüchse, die, wenn sie auch nur vereinzelt vorkommen mögen, doch eine nicht zu unterschätzende Gefahr bedeuten, zu bekämpfen.

Zum Schlusse sei noch auf die Vorteile hingewiesen, die der privaten Krankenversicherung durch eine loyale Einstellung der Aerzte hinsichtlich Attestausstellung und Rechnungsspezifikation erwachsen können.

Attestausstellung (hier Angabe der Diagnose auf der Rechnung) und Rechnungsspezifikation bilden die Grundlage jeder Schadensregulierung, denn ohne sie ist eine Feststellung des Leistungsanspruches eines Versicherten unmöglich. Derzeitig (Sommer 1931) stellt sich der Gesamtvorstand des Hartmannbundes (Spitzenorganisation der Aerzte Deutschlands) auf den Standpunkt, daß die Diagnose nur auf einem kurzen Sonderzeugnis ausgestellt werden dürfe, wofür der Arzt be-

[16]) Vgl. oben II. Teil, IV. Kapitel, II. Abschnitt, S. 81.

[17]) Nordwestdeutsche Versicherungsanstalt a. G., Hamburg, Geschäftsbericht 1930, S. 6.

[18]) Südwestdeutsche Versicherungsanstalt a. G., Frankfurt a. M., Geschäftsbericht 1930, Bericht des Vorstandes, Absatz 7.

rechtigt sei, gesondert zu liquidieren. Die Angabe der Diagnose auf einem Rezept oder einer Rechnung müsse abgelehnt werden. Zur Spezifikation der Rechnung sei der Arzt nicht verpflichtet[19]). Es ist somit dem freien Ermessen der Aerzte anheimgestellt, die Forderung der Versicherungsgesellschaft zu erfüllen oder nicht. Dieser Auffassung der Aerzte stehen verschiedene Gerichtsurteile gegenüber, die beweisen, daß die Gerichte die Anschauung der Aerzte nicht zu teilen vermögen[20]). In diesen Fällen hat das jeweilige Gericht entschieden, daß der Beklagte (der die Rechnung ausstellende Arzt) kostenlos auf der Rechnung die Diagnose anzugeben habe. Trotzdem aber konnte sich der Hartmannbund bis heute nicht dazu verstehen, seinen Mitgliedern die Angabe der Diagnose zu gestatten, denn das würde seiner Ansicht nach das Berufsgeheimnis gefährden. Es ist im Grunde genommen verwunderlich, weshalb der Hartmannsbund derart hartnäckig auf seiner Auffassung bestehen bleibt, denn er hat dieselbe anderen Versicherungsarten gegenüber schon lange aufgegeben. Dr. Zillessen, Dortmund, äußert sich hierzu: „Durch manches andere ist das frühere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient so gründlich durchbrochen, daß es geradezu unbillig erscheint, wenn man etwas, was man längst den sozialen Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften, den Unfall-, Haft- und Lebensversicherungen, die doch alle Privatunternehmungen sind, zugestanden hat, einzig der privaten Krankenversicherung verweigern wollte. Wird hier die Abgabe von Gutachten und Auskünften längst nicht mehr als Verletzung des Berufsgeheimnisses angesehen, so kann man auch bei der privaten Krankenversicherung nicht den Sittenrichter spielen, zumal ein Mißbrauch der erlangten Kenntnisse so gut wie ausgeschlossen ist, da das ganze Geheimnis sofort nach Regelung des Schadensfalles in den Akten verschwindet"[21]). Aehnlich äußert sich in der Fachpresse ein Jurist: „Wie alle Verträge, untersteht auch der Vertrag zwischen Arzt und Privatpatient dem § 242 BGB., d. h. der Arzt muß alles tun, was Treu und Glauben mit Rücksicht auf die

[19]) Der Gesamtvorstand des Hartmannbundes zur Angabe der Diagnose (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 71. Jahrgang, Nr. 11 vom 1. Juni 1930, S. 138).

[20]) „Die Diagnose auf der Rechnung" — „Eine weitere Entscheidung über die ärztliche Diagnose auf der Rechnung" (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 71. und 72. Jahrgang, Nr. 14 vom 15. Juli 1930, S. 191 bezw. Nr. 7 vom 1. April 1931, S. 81).

[21]) Dr. med. Zillessen, Dortmund, Die private Krankenversicherung und ihre Beziehungen zum Arzt, München, 1930.

Verkehrssitte von ihm fordern. Diese Verkehrssitte wandelt sich aber mit den Zeiten. Demgemäß müssen auch die Aerzte heute darauf Rücksicht nehmen, daß die private Krankenversicherung für den größten Teil der nicht Zwangsversicherten heute nötig ist und müssen danach ihre Leistungen einrichten. Auch von diesem Gesichtspunkt aus halte ich die Aerzte für verpflichtet, diese kleine, sie nicht besonders belastende Mehrleistung (einfache Angabe der Krankheit) ohne besondere Vergütung auf Grund des Aerztevertrages zu machen; denn sie müssen heute von vornherein damit rechnen, daß ein solches Verlangen an sie gestellt werde“[22]).

Dieses, wie ersichtlich, umstrittene Problem kann nur mit Beihilfe der Aerzteschaft gelöst werden.

Zusammenfassend kann man somit feststellen, daß die private Krankenversicherung zweifellos auf die Mitarbeit der Aerzteschaft in hohem Maße angewiesen ist.

Zu dem gleichen Ergebnis gelangt man, wenn man die Vorteile untersucht, die der Aerzteschaft aus einer Zusammenarbeit erwachsen.

Der Kernpunkt liegt auf rein wirtschaftlichem Gebiete. Der bereits zitierte Arzt, Dr. Zillessen, Dortmund, stellt hierzu fest: „Da heutzutage alles mehr oder weniger Bezug auf den Geldwert nimmt, sei zunächst die Frage aufgeworfen, ob die Mittelstandsversicherung für die Aerzteschaft wirtschaftlich vorteilhaft oder nachteilig ist. Ohne die Versicherung würde ein großer Teil der jetzigen Mitglieder zu den Zwangskassen abwandern, auch wenn sie nicht vom Staate dazu gezwungen sind. Ein anderer Teil würde zahlungsunfähig oder müßte sich, soferne er die Aerzte nicht um den Lohn ihrer Arbeit betrügen will, die äußerste Beschränkung in der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe auferlegen. Müßte sich der Arzt mit der tatsächlichen Zahlungsfähigkeit eines großen Teiles seiner Privatpraxis begnügen, dann würde er manche Forderung, die ihm mit Hilfe der Versicherung anstandslos zufließt, nicht erhalten. Nicht der Mittelstand ist zahlungsfähig, sondern die Mittelstandsversicherung. Die Kassen bezahlen bekanntlich sehr wenig, weshalb der Verlust durch ein etwaiges Mehr an Kassenpatienten nicht gedeckt würde. In der reinen Privatpraxis (nicht alle Aerzte haben eine Praxis aurea) ist der Verlust an Solleinkommen mit 20—25% geschätzt worden. Die Minderbeanspruchung kann man min-

[22]) Oberlandesgerichtsrat i. R. Grünebaum, Düsseldorf, „Die Diagnose auf der Rechnung“ (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 71. Jahrgang, Nr. 4, vom 15. Februar 1930, S. 40/41).

destens ebenso hoch annehmen. Da ist es leicht auszurechnen, daß die Mittelstandsversicherung der Aerzteschaft ein Einkommen vermittelt, das sie ohne die etwa 3 Millionen Versicherte nicht hätte. Es ist also für die Aerzte nicht unwichtig, daß die private Versicherung ihre Mitglieder zahlungsfähig macht, das Abströmen zu den vorhandenen Krankenkassen hemmt, und noch viel wichtiger, daß die Mittelstandsversicherung das stärkste Bollwerk gegen das Aufmarschieren einer Reichszwangskasse ist, mit der die freie Praxis so gut wie erledigt wäre"[23]).

Auch die Aerzteschaft müßte somit ein Interesse an einer Verständigung mit der Krankenversicherung haben.

Zusammenfassend sei festgestellt, daß Aerzteschaft und private Krankenversicherung aufeinander angewiesen sind und es ist daher zu vermuten, daß in absehbarer Zeit der jetzige vertragslose Zustand, einem intensiven und offiziellen Zusammenarbeiten Platz machen muß und auch Platz machen wird.

V. Kapitel.

Geschäftsergebnisse der Gesellschaften in den Jahren 1925—1931.[1])

1. Vorbemerkung.

Wie bereits bei der Entwicklungsgeschichte der privaten Krankenversicherung verschiedentlich erwähnt wurde, waren es vorwiegend Probleme finanzieller Natur, die den Gesellschaften Schwierigkeiten bereiteten. Hier zeigte sich der Mangel an Praxis im besonderen Maße, denn die Erfahrungen der Vorkriegszeit konnten infolge der geringen Bedeutung der damals tätigen Gesellschaften nicht ausgewertet werden. Die Versicherer hatten kein Vorbild, auf Grund dessen sie ihre Finanzpolitik hätten aufbauen können und so war die erste Zeit eine Versuchsperiode, die erst nach

[23]) Dr. med. Zillessen, Dortmund, Die private Krankenversicherung und ihre Beziehungen zum Arzt, München 1930.

[1]) Geschäftsergebnisse der privaten Krankenversicherungsgesellschaften (Neumann's Jahrbuch der Privatversicherung im Deutschen Reich, Berlin, Jahrgang 1927—32).

Die private Krankenversicherung im Jahre 1927/30 (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 69., 70., 71. und 72. Jahrgang).

Die Geschäftsergebnisse der privaten Krankenversicherung 1929 (Private Krankenversicherung, Halbmonatsschrift, München, 1. Jahrg).

Geschäftsberichte der privaten Krankenversicherungsgesellschaft 1925—1930.

langwierigem Herumtasten brauchbare Richtlinien liefern konnte.

Diese Tatsachen machen es erklärlich, weshalb die Gesellschaften in den Jahren 1925 und 1926 mit der Bekanntgabe ihrer Geschäftsergebnisse sehr zurückhaltend waren. Sie konnten zumeist nur wenig erfreuliche Resultate berichten.

Die im Anhang zusammengestellten wichtigsten Bilanzzahlen der Gesellschaften weisen demzufolge in den Rubriken der Jahre 1925 und 26 empfindliche Lücken auf. Es war nicht immer möglich, für diese Geschäftsjahre Unterlagen zu erhalten. Es wäre auch verfrüht, wenn man aus den Ergebnissen dieser Jahre einen Rückschluß auf das einzelne Unternehmen bezw. auf die gesamte private Krankenversicherung ziehen wollte, da die Erfolgsrechnungen dieser Jahre gerade bei dieser, erst im Aufbau befindlichen Versicherungssparte nicht nur geringe Bedeutung für die Gesamtentwicklung haben, sondern manchmal sogar ein falsches Bild liefern würden. Eine Kritik bezw. ein Rückschluß ist erst möglich, wenn die Krankenversicherung mehrere Jahre stabil arbeiten konnte. Stabil wurde sie jedoch erst ab 1927 und erst die Ergebnisse der hierauf folgenden Jahre lassen eine eigentliche Bilanzkritik zu. Aber selbst in diesen Jahren mußte der eine und andere Posten geschätzt werden, denn nicht selten enthalten die Geschäftsberichte und Bilanzen Zahlen, die nicht immer klar zu übersehen waren. Vor allem hinsichtlich des Mitgliederbestandes fehlen oft nähere Angaben.

Zum Schlusse wäre noch zu erwähnen, daß sich die Ergebnisse der im Anhang vorliegenden Gesamtstatistik noch um etwa 5—10 Prozent erhöhen würden, wenn es möglich wäre, die Geschäftsergebnisse der vielen kleinen und kleinsten Versicherungsvereine und Unterstützungskassen statistisch zu erfassen[2]). Bei den vorgenannten Kassen handelt es sich um örtlich und beruflich eng begrenzte Institute, die jeweils im Höchstfalle 1 bis 2000 Mitglieder zählen und die Krankenversicherung mehr in der Form des Umlageverfahrens betreiben. Von diesen Kassen war eine Abgabe von Material nicht zu erreichen.

2. Versichertenbestände[3]).

Eine Zusammenstellung der Versichertenbestände ergab insoferne Schwierigkeiten, als viele Gesellschaften in ihren Geschäftsberichten Angaben über ihren Versichertenbestand

[2]) Die private Krankenversicherung im Jahre 1928 (Deutsche Versicherungs-Zeitung, Berlin, 70. Jahrgang, Nr. 20, S. 250).

[3]) s. Anhang, Tabelle I, S. 144.

und ihre Versichertenbewegung nicht machten. In einzelnen Fällen mußte daher versucht werden auf Grund der Prämieneinnahmen und in Verbindung mit den in den Tarifen angeführten Prämiensätzen, die Bestände zu schätzen. Es erscheint unverständlich, weshalb diese Gesellschaften nähere Angaben auf diesem Gebiete verweigern, während sie hinsichtlich viel diffizilerer Zahlen — man denke nur an Unkosten, Schadensrückstellung usw. — eine durchaus zu begrüßende Offenheit zeigen. Noch unverständlicher aber wird es, wenn man auf Grund der Prämieneinnahmen feststellen kann, daß die Versichertenbewegung positiv gewesen sein muß. In diesem Falle kann doch eine Publizierung der betreffenden Gesellschaft keinen Schaden zufügen. Es wäre zu begrüßen, wenn die Gesellschaften diesbezüglich ihre Publikationsmethode ändern würden.

Ein Vergleich der Versichertenbestände der einzelnen Gesellschaften muß die Befürchtung erwecken, als wenn in dieser Versicherungssparte immer noch eine zu große Zersplitterung herrschen würde. Gerade die Krankenversicherung mit ihrem schwankenden und überaus großen Risiko verlangt mehr wie jede andere Versicherungsart eine straffe Konzentration; das Gesetz der großen Zahlen kommt hier zu besonderer Wirkung. Die Häufigkeit der Schadensfälle verlangt dringend die weitgehendste Verteilung des Risikos auf möglichst viele Schultern, nur dann ist es möglich, einen umfassenden und doch billigen Versicherungsschutz zu gewähren. Versichertenbestände unter 50 000 Versicherten, wobei sogar noch die Frage aufgeworfen werden kann, ob nicht selbst diese Grenze unter Umständen als zu niedrig bezeichnet werden muß, dürften auf die Dauer nicht im Stande sein, das derzeitige Risiko zu tragen. Es wäre nur zu begrüßen, wenn im Interesse der Sache persönliche Interessen zu Gunsten des Allgemeinwohls zurückgestellt würden und engere Zusammenschlüsse erfolgten.

Zum Schlusse sei noch darauf hingewiesen, daß nahezu bei allen Gesellschaften in den Geschäftsberichten nähere Angaben über die Versichertenbewegung innerhalb des Jahres fehlen. Weniger wegen der Beurteilung des Erfolges der einzelnen Gesellschaft, als zur Kontrolle der Einstellung der Versicherungsnehmer zur privaten Krankenversicherung wäre es interessant, näheres hierüber zu erfahren.

Die Statistik der Versichertenbestände ergibt ein bemerkenswertes Bild von der Entwicklung der privaten Krankenversicherung. Die Ergebnisse der Jahre 1925 und 26 zeigen

die sprunghafte Entwicklung, die im Jahre 1927 zu einem Stillstand kommt, der teilweise sogar zu wesentlichen Versichertenverlusten führt. Dieser Umstand findet in den in diese Zeit fallenden Krisen seine Erklärung. (Siehe hierzu „Selbsthilfe, Breslau" und „Regensburger Krankenversicherung, Regensburg"). Zu diesem Zeitpunkt tauchen neue Gesellschaften auf („Gedevag, Berlin" und „Deutsche Krankenversicherungs AG. Berlin"), denen es gelingt, die bei den alten Gesellschaften ausscheidenden Versicherten aufzunehmen. Es erscheint auf den ersten Blick eigenartig, wieso ein Großteil der Gesellschaften Versichertenverluste aufzuweisen hat, während es einigen wenigen Unternehmungen gelingt, in kurzer Zeit Hunderttausende von Beständen zu schaffen. Begründet liegt dies sicherlich in den neuen Geschäftsmethoden, die von den neuen Gesellschaften zur Anwendung gelangten. Sie betrieben nämlich die Krankenversicherung mit Gewinnbeteiligung, d. h. sie vergüteten den Versicherten, deren Versichertenvertrag schadensfrei verlaufen war, einen Teil der einbezahlten Prämien zurück[4]). Durch dieses Argument konnten sie die bei anderen Gesellschaften infolge Verärgerung über die ständigen Prämien- und Leistungsänderungen ausgeschiedenen Versicherten für diese neue Versicherungsart interessieren. Außerdem werden es auch die guten Risiken gewesen sein, die bis dahin für eine, in ihren Augen teuere Krankenversicherung nicht zu erwärmen waren, die der neuen und billigeren Versicherungsart sympathischer gegenüberstanden und zum Vertragsabschluß gewonnen werden konnten.

Eigenartig ist, daß die Bestandsschwankungen bei den rein berufsständischen Versicherungsvereinen (Gesellschaften des Dresdner Verbandes) nicht in diesem starken Maße auftraten, wie bei den Gesellschaften, die alle Kreise des Mittelstandes versicherten. Sollte dies auf eine straffere und individuellere Organisation zurückzuführen sein?

Das Jahr 1928 zeigt wieder eine etwas ansteigende Kurve, die sich 1929 und 1930, vor allem bei den jüngeren Gesellschaften fortsetzt. Bezüglich der Gesamtentwicklung wäre zu sagen, daß sich der Gesamtbestand der privaten Krankenversicherung trotz der bedeutenden Verluste einiger Gesellschaften seit 1925 ständig gehoben hat. Der Ausbau scheint demzufolge noch immer nicht beendet zu sein.

---

[4]) s. o. II. Teil, III. Kapitel, S. 66 ff.

Der Gesamtbestand aller Gesellschaften ergibt für das Jahr 1931, daß mehr als 3 Millionen Personen versichert waren. Ein Beweis für die Bedeutung, die heute der privaten Krankenversicherung zukommt.

3. Prämieneinnahme und Leistung an die Versicherten[5]).

Betrachtet man die Prämieneinnahme in den einzelnen Jahren und bringt sie in Verbindung mit den Versichertenbeständen der einzelnen Gesellschaften, so läßt sich unschwer feststellen, daß seitens der Versicherungen die Prämien ständig erhöht wurden. Die bei den einzelnen Gesellschaften in den Krisenjahren aufgetretene Mehreinnahme wurde zum großen Teil durch die Anpassung der Prämie an die gegebenen Verhältnisse verursacht. Bei einzelnen Unternehmungen, die in der der Statistik zugrunde gelegten Zeit bedeutende Versichertenverluste hatten, wie etwa bei der „Selbsthilfe", tritt dies besonders hervor. Bereits anläßlich der Entwicklungsgeschichte der privaten Krankenversicherung wurde darauf hingewiesen und so soll hier diese Tatsache nur Erwähnung finden.

Was an dieser Stelle interessiert, ist die Art der Prämieneinziehung bei der privaten Krankenversicherung. Während alle übrigen Versicherungsarten mindestens mit Vierteljahresprämien, zumeist aber sogar mit Jahresprämien arbeiten, kennt die private Krankenversicherung nur Monatsprämien. Durch dieses System hat sie eine Bewegungsfähigkeit erlangt, die ihr zweifellos beim Aufbau sehr zugute gekommen ist. In der Natur des Menschen liegt es, daß dieser kleine Beträge leichter ausgeben zu können glaubt als größere, selbst wenn letztere nur eine Zusammenfassung mehrerer Teilbeträge bilden. Der Versicherungsinteressent, der bei jeder anderen Versicherungsart mit einem Male größere Summen flüssig machen muß, mag es als Erleichterung empfinden, daß er hier nur Monatsprämien bereitzustellen hat. Dadurch erweckt die Krankenversicherung den Anschein der Billigkeit und macht dem Versicherungsinteressenten den Krankenversicherungsgedanken viel sympathischer.

Vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus gesehen, müssen gegen diese Art der Prämieneinziehung jedoch große Bedenken erhoben werden, denn sie verbraucht unverhältnismäßig viel Arbeitszeit, Arbeitskraft, verteuert die Versicherung — ist mit einem Worte gesagt: wenig produktiv.

[5]) s. Anhang, Tabellen II und III, S. 145.

Dem Vertreter, der hauptberuflich arbeitet, das Inkasso hereinzubringen hat und auch noch für das Neugeschäft tätig sein muß, muß von den Gesellschaften ein räumlich großer Bezirk zugewiesen werden, wenn ihm sein Existenzminimum gesichert werden soll. Bevorzugt der Vertreter das Neugeschäft, so wird er das Inkasso vernachlässigen und ist er bestrebt, ein hochwertiges Inkasso zu liefern, so kann er sich der Ausbreitung des Versicherungsgedankens nicht in dem Maße widmen, wie es erforderlich wäre. Infolge der überaus großen Zersplitterung in der Krankenversicherung hat der Vertreter an den einzelnen Plätzen nur geringe Versichertenbestände und der für das Inkasso notwendige Aufwand an Arbeitskraft und Arbeitszeit steht in keinem Verhältnis zur Arbeitswirkung. Die Versicherung wird verteuert und die Unkosten der Gesellschaften erhöhen sich.

Würden die Prämien vierteljährlich eingezogen, so erforderte dies statt drei Arbeitsgängen nur einen, der Vertreter könnte einen wesentlichen Teil seiner Arbeitszeit auf das Neugeschäft verwenden und infolge seiner größeren Verdienstmöglichkeit könnten die Inkassoprovisionen gesenkt werden. Erhöhung der Produktion durch Erweiterung des Versicherungsbestandes auf der einen Seite und finanzielle Einsparungen, d. h. Verbilligung der Produktion, die zur Erhöhung der Versicherungsleistungen (des Produktes) Verwendung finden könnten, auf der anderen Seite.

Die Erhöhung des Inkasso-Zeitraumes würde zudem noch einen weiteren Vorteil bieten. Wäre die Prämie eine Jahresprämie, die in $^1/_4$ oder $^1/_2$ Jahresraten bezahlt werden könnte, so hätte die Versicherung die Möglichkeit, den noch nicht bezahlten Rest der Jahresprämie bei allen im Laufe des Versicherungsjahres anfallenden Sterbefällen einzuheben bezw. von den an die Hinterbliebenen vergüteten Versicherungsleistungen in Abzug zu bringen.

Dem Sinne der Krankenversicherung würde ein derartiges Vorgehen nicht widersprechen, denn die Versicherungsleistung im Sterbefalle soll bei dieser Versicherungssparte nur den Charakter der „Nebenleistung" und nicht den einer „Hauptleistung" haben. Dieser Sterblichkeitsgewinn der Krankenversicherung, wie er am zweckmäßigsten genannt werden darf, könnte zur Erweiterung des Risikos und dadurch zur Verbesserung der Hauptleistung, etwa durch Einbeziehung der „alten Leiden", dienen. In diesem Falle wäre der Charakter der reinen Krankenversicherung nach wie vor gewahrt

und zugleich eine Mehreinnahme geschaffen, die zum Ausbau der Krankenversicherung selbst dienen könnte.

Wenn zudem alle Versicherten, welche die Bezahlung der Jahresprämien in 1/4 oder 1/2 Jahresraten wünschen, für diesen Zahlungsmodus einen kleinen Zuschlag entrichten müßten, so könnte auch hierdurch eine weitere Mehreinnahme geschaffen werden, die einerseits die Unkosten vermindern würde und andererseits zur Verbesserung des Versicherungsschutzes Verwendung finden könnte.

Es darf nicht verkannt werden, daß eine derartige Umstellung zur Zeit bei den Versicherten auf große Schwierigkeiten stoßen würde. Die Versicherten sind seit Jahr und Tag gewöhnt, ihre Prämien monatlich zu bezahlen und würden zweifellos diese neue Maßnahme als eine Härte auffassen, die sie nicht ohne weiteres verstehen würden. Da aber die Krankenversicherung bereits festen Fuß gefaßt hat und da dieser neue Zahlungsmodus nicht von heute auf morgen eingeführt werden müßte, könnte auch diese Besorgnis der Versicherungsnehmer zerstreut werden. Dieses wäre in der Weise durchzuführen, daß die Gesellschaften als Uebergang Prämienermäßigungen bei 1/4 oder 1/2 Jahreszahlung gewähren. Da wohl 30—40% aller Versicherten solchen Bevölkerungsständen angehören, denen eine größere Prämienzahlung nicht allzu schwer fallen würde, dürfte eine solche Uebergangs-Bestimmung durchführbar sein. Eine geringe prozentuale Ermäßigung der Prämien wäre von den Gesellschaften dadurch zu tragen, daß sie erstens durch den erhöhten Inkassozeitraum ihre Unkosten verringern würden und daß sie zweitens mit einem Schlage größere Summen zur Verfügung hätten, die, verzinst angelegt, eine nicht unwesentliche Einnahme bedeuten könnten.

Hinsichtlich der Art des Prämieneinzuges sind zwei Systeme zu beobachten. Einerseits das System des Prämieneinzuges durch Vertreter der Gesellschaft und andererseits das des direkten Einzuges durch die Post mittels Nachnahme. Beide Systeme haben ihre Vor- und Nachteile. Das Einzugssystem durch Vertreter der Gesellschaft birgt die Wahrscheinlichkeit in sich, daß der Inkassoprozentsatz ein höherer und die Durchführung des Inkassos eine raschere ist, denn der persönliche Besuch des Vertreters wird den Versicherten zahlungsgeneigter machen als die abstrakte Nachnahme oder gar die Zahlkarte. Zudem kommt, daß der Kontakt zwischen Versicherer und Versicherten enge geschlossen wird, was bei der kurzen Vertragsdauer mit der vielseitigen Kündigungs-

möglichkeit nicht übersehen werden sollte. Allerdings muß damit gerechnet werden, daß dieses System kostspieliger ist als der direkte Prämieneinzug. Das direkte Prämieneinzugssystem durch die Post mittels Nachnahme oder Zahlkarte hat den Vorzug des geringeren Delkrederes. Außerdem dürfte es billiger sein. Ob allerdings der gleiche Inkassoprozentsatz erreicht wird wie beim Einzug durch Vertreter, muß bezweifelt werden. Von den Gesellschaften werden in den Geschäftsberichten die Inkassokosten nicht durchwegs gesondert ausgeworfen, so daß es nicht möglich ist, den Unkostenunterschied eindeutig zu ermitteln. Bei den wenigen Gesellschaften aber, die dies tun und die unterschiedliche Systeme aufweisen, wie beispielsweise bei der „Deutschen Krankenversicherungs AG. Berlin" und der „Regensburger Krankenversicherungsanstalt, Regensburg", von denen erstere das direkte Einzugssystem hat und letztere ihr Inkasso durch Vertreter tätigen läßt, ist kein Unterschied im Unkostensatz festzustellen. (Deutsche im Jahre 1929 = 8,8% Inkassokosten und „Regensburger" im gleichen Jahre = 8,0% Inkassokosten). Dieses Beispiel würde somit für das Einzugssystem durch Vertreter sprechen. Zudem ist festzustellen, daß die Mehrzahl der Gesellschaften das Einzugssystem durch Vertreter hat, was wiederum die eingangs aufgestellte Behauptung von der größeren Zweckdienlichkeit dieses Systems beweist, denn sonst hätten sich diese Gesellschaften sicherlich zu einem Systemwechsel veranlaßt gesehen.

Bezüglich der Gesamtprämieneinnahme der privaten Krankenversicherung wäre zu sagen, daß bereits nach zweijährigem Bestehen die 100-Millionengrenze überschritten war. Im Jahre 1930 waren es 169,5 Millionen RM, die von den wichtigsten Gesellschaften vereinnahmt wurden. Ein Zeichen für die wirtschaftliche Macht, die heute die private Krankenversicherung repräsentiert.

Die Leistung der privaten Krankenversicherung weist eine durchschnittliche Höhe von 70 — 80 Prozent der Einnahmen auf. Wenn einzelne Gesellschaften unter diesem Prozentsatz bleiben, (Deutsche Krankenversicherungs AG., Berlin), so wird dies darauf zurückzuführen sein, daß bei ihnen noch nicht alle Versicherten unter Risiko standen, so daß die Leistungsanforderung der Versicherten unter der Normalgrenze liegt. Auffallend ist, daß der Auszahlungsprozentsatz bei den berufsständischen Gesellschaften (Versicherungsvereine des Dresdner Verbandes) mit ganz ge-

ringen Ausnahmen höher ist als bei den nicht berufsständischen Unternehmungen.

In erster Linie dürfte dies auf die geringeren Unkostensätze bei ersteren zurückzuführen sein, wodurch größere Mittel zur Rückgabe an die Versicherten frei werden.

Die Gesamtauszahlung aller Gesellschaften betrug im Jahre 1930: 142,3 Millionen RM, was gleichfalls für die Bedeutung der privaten Krankenversicherung spricht.

4. Unkosten.

Ein für die private Krankenversicherung wichtiges Problem bilden die Unkosten[6]). Zur Beurteilung der Unkosten einer Gesellschaft wäre es wichtig, die Aufteilung derselben in Werbe-, Inkasso-, und Verwaltungsunkosten zu kennen. Zu diesen drei Gruppen wäre folgendes zu bemerken. Werbekosten sind immer produktiv, solange sie im gesunden Verhältnis zum Neugeschäft stehen. Nur wenn hohe Werbekosten ein geringes Neugeschäft bringen, sind sie unproduktiv. Aus diesem Grunde erscheint es angebracht, von vorneherein die Werbekosten von den Gesamtunkosten zu trennen und sie gesondert zu betrachten. Das gleiche trifft, wenn auch im geringeren Maße, für die Inkassokosten zu. Auch diese sind zu vertreten, selbst wenn sie einen hohen Prozentsatz ausmachen, denn sie wirken konsumtionsstärkend, da sie das Haupteinkommen der Vertreter bilden. Für die Höhe der Inkassokosten ist die räumliche und soziologische Verteilung des Versichertenbestandes maßgebend. Ist der Versichertenbestand räumlich zusammengeballt und verteilt er sich auf größere Einheitsgruppen (Vereine, Verbände usw.), so daß das Inkasso rascher und müheloser durchzuführen ist und hierfür nur eine geringe Zahl von Einhebestellen benötigt wird, so verringern sich die Kosten. Ist der Bestand aber so verteilt, daß jeder einzelne Versicherte zum Zwecke des Inkassos aufgesucht werden muß, so muß das naturgemäß zu einer Erhöhung der Inkassokosten führen. Als Beispiel seien hiefür die Gesellschaftsgruppen „Leipziger und Dresdner Verband" angeführt. Die Gesellschaften des Leipziger Verbandes, deren Geschäftsgebiet das ganze Reichsgebiet umfaßt und die nur vereinzelt berufliche Verbände als geschlossene Versichertengruppen haben, bedürfen eines komplizierteren Apparates als die Gesellschaften des Dresdner Verbandes, die einerseits örtlich begrenzt sind, und denen infolge ihres berufs-

[6]) Vgl. Tabelle IV, S. 145.

ständischen Charakters die Fachorganisationen als Einhebestellen zur Verfügung stehen. Demzufolge sind auch, wie die Statistik zeigt, im Durchschnitt die Inkassokosten und dadurch auch die Gesamtunkosten bei ersteren bedeutend höher als bei letzteren. Es bleiben nunmehr noch die reinen Verwaltungskosten, die nur insoferne produktiv wirken, als sie zur Abwicklung des Geschäftes nicht zu vermeiden sind, deren Produktivität aber mit der Geschäftsgewandtheit des Leiters einer Gesellschaft steht und fällt.

Grundsätzlich wäre somit zu sagen: Die Höhe der Werbekosten muß im Einklang mit dem erzielten Neugeschäft stehen; solange hierin eine Harmonie erreicht wird, spielt ihre Höhe keine Rolle. Eine Kritik der Inkassokosten ist nur in Verbindung mit der räumlichen und soziologischen Struktur des Versichertenstandes möglich, doch sollten sie nicht über 6—8 Prozent der Prämieneinnahme hinausgehen. Die reinen Verwaltungskosten sollten durchschnittlich nicht mehr als höchstenfalls 10% betragen, so daß die Gesamtunkosten, unter Ausschaltung der Werbekosten, sich zwischen 16 und 18 Prozent der Prämieneinnahme zu bewegen hätten.

Unter diesen Gesichtspunkten betrachtet, sind die Unkosten vieler Gesellschaften heute noch viel zu hoch. Immerhin muß aber anerkannt werden, daß, wie die Statistik der Gesamtunkosten zeigt, die Unkostensätze der Gesellschaften in den letzten Jahren nicht unbedeutend zurückgegangen sind. Bemerkenswert ist, daß, wie bereits erwähnt, die Unkosten der Gesellschaften des Dresdner Verbandes mit wenigen Ausnahmen wesentlich geringer sind als diejenigen der Gesellschaften des Leipziger Verbandes. Ein Beweis für die eingangs aufgestellte Behauptung vom Einfluß des Versichertenbestandes auf die Unkostenfrage. Es darf allerdings nicht unerwähnt bleiben, daß mehrere Gesellschaften des Leipziger Verbandes („Deutsche Krankenversicherungs AG." und „Deutscher Ring") noch im Aufbau begriffen sind, wodurch immer höhere Ausgaben entstehen, und daß den geringeren Werbekosten des Dresdner Verbandes auch geringere Erhöhungen der Bestände gegenüberstehen.

Aus den Geschäftsberichten der Gesellschaften ist leider nicht ersichtlich, ob nicht reine Verwaltungskosten zwecks Verringerung des Gesamtunkostensatzes in andere Positionen der Gewinn und Verlustrechnung hereingenommen wurden. Daß dies immerhin möglich ist, beweist das Vorgehen einiger Gesellschaften („Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte", „Zentral, Krankenversicherungs AG. Köln" und

„Deutsche Krankenversicherungs AG., Berlin"), welche die Schadensregulierungskosten zu den Schadensleistungen hinzufügen. Da es sich hierbei um die Kosten der Schadensprüfstellen, also um reine Verwaltungskosten handelt, muß die Berechtigung hiefür verneint werden. Einerseits werden die Schadensleistungen und damit die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft künstlich erhöht und andererseits die Unkosten verschleiert. Das von den Gesellschaften angeführte Argument, daß die Schadensregulierungskosten ja eigentlich keine Unkosten seien, denn sie würden durch den Schadenanfall bedingt, dürfte denn doch nicht zutreffen, denn wenn man so argumentieren wollte, so könnte man letzten Endes alle Unkosten verneinen, denn dann wären auch Inkasso- und Verwaltungskosten keine Unkosten, da sie ja auch nur durch den Geschäftsanfall überhaupt entstehen. Jedenfalls scheint dieses Verfahren Schule zu machen, die außerordentlich niederen Unkosten einiger Gesellschaften geben zu denken. Eine ähnliche, wenn auch verständlichere Verschleierung liegt vor, wenn die Inkassokosten (Inkassoprovisionen) auf die Versicherten in Form einer Einhebegebühr abgewälzt werden. Von einer Abwälzung der Inkassokosten kann man sprechen, wenn die Gesellschaften ihren Kassierern nur eine ganz geringe Vergütung, etwa 1—2%, gewähren und diesen die Berechtigung erteilen, vom Versicherten eine Einhebegebühr (meist 20 Pfg. je Versicherten bezw. 50 Pfg. je Familie) zu fordern. An der finanziellen Auswirkung für den Versicherten ändert sich allerdings nichts, denn im ersten Falle sind die Inkassokosten in die Prämie mit einkalkuliert und im letzten Falle werden sie als Zuschlag vom Versicherten gesondert erhoben. Für die Beurteilung des Geschäftsergebnisses der Gesellschaft seitens des Versicherten aber ist dies nicht von geringer Bedeutung, denn letzterer sieht einen geringen Unkostensatz und urteilt günstiger. Es wäre angebracht, wenn sowohl hinsichtlich der Schadensregulierungskosten als auch der Einhebegebühr seitens der Aufsichtsbehörde, dem Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung, eine einheitliche Handhabung vorgeschrieben würde.

5. Reserven und ihre Gegenposten.

Will man die Finanzstärke einer Gesellschaft feststellen, so muß man die Höhe der Reserven (Schadenreserve und Sicherheitsreserve) ermitteln und untersuchen, wie diese belegt sind durch Außenstände, Barbestände und Wertpapiere, Grundbesitz sowie Hypotheken und Darlehen. Aus diesem

Grunde wurde es als genügend erachtet im Anhang nur diese Posten aus den Geschäftsergebnissen der Gesellschaften zusammenzustellen.[7])

Bezüglich der einzelnen Posten wäre zu sagen:

Mit der Schadenreserve erfassen die Gesellschaften einerseits die Schäden, die zwar am Stichtag der Bilanz (dem 31. Dezember eines Jahres) vorliegen, aus verwaltungstechnischen Gründen aber nicht mehr ausbezahlt werden konnten, und andererseits die eigentliche Schadenrückstellung für die Schäden, die am Bilanzstichtag noch nicht eingereicht sind und erst im nächsten Rechnungsjahr von den Versicherten vorgelegt werden, die aber noch für das abgelaufene Geschäftsjahr gehören.

Der erste Posten ist einwandfrei festzustellen, denn die Rechnungen liegen vor und können einzeln aufgenommen werden.

Der zweite Posten kann nur in der Weise ermittelt werden, daß mittels einer Statistik festgehalten wird, welche der Rechnungen, die nach dem 1. Januar eines Jahres eingereicht werden, noch hinsichtlich ihrer Behandlungszeit in das alte Jahr gehören. Diese Statistik wäre mit dem Tage abzuschließen, mit dem die Einreichungsfrist der Rechnungen endet. Fast alle Gesellschaften haben in den allgemeinen Versicherungsbedingungen die Bestimmung, daß die Rechnungen nur innerhalb einer Frist von 3 Monaten von Beendigung der Behandlung an gerechnet, zur Kostenrückerstattung vorgelegt werden können. Bis Ende dieser Frist muß demzufolge auch die vorgenannte Statistik geführt werden. Für das Ergebnis der Bilanz ist die Schadenreserve von großer Bedeutung, da sich je nach ihrer Einsetzung der Gewinn bezw. Verlust verschiebt. Setzt eine Gesellschaft eine höhere Reserve ein, so verschlechtert sie das Ergebnis, berücksichtigt sie nur eine geringere, so kann sie den Bilanzgewinn vergrößern. Betrachtet man die Schadenreserve der einzelnen Gesellschaften, so fällt auf, daß die Rückstellungsquoten außerordentlich verschieden sind. Eine einzige Gesellschaft, die Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt, gab im Rechenschaftsbericht von 1928 bekannt, daß sie die Schadenreserve auf statistischem Wege, also in eingangs skizzierter Weise, ermittelt[8]). Setzt man die von eben genannter Gesellschaft festgestellten Zahlen als Norm, so findet man,

[7]) Vgl. Anhang, Tabellen V—X, S. 146.

[8]) Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt, Geschäftsbericht 1928, S. 15.

daß eine Schadenrückstellung von 6—7 M je Versicherten als ausreichend anzusehen ist. Da die Gesellschaft, wie aus den Bilanzergebnissen zu ersehen ist, im Jahre 1926 eine schwere Krise zu überstehen hatte und in Zahlungsschwierigkeiten und Zahlungsverzug geriet, dürfte die von ihr für 1926 angegebene Rückstellung von 7,35 M pro Versicherten zu groß sein, denn ein großer Teil der Rückstellung ist auf rückständige Schäden, die mangels Mittel nicht mehr ausbezahlt werden konnten, aber bereits am 31. Dezember vorlagen, zurückzuführen. Für die reine Schadenreserve dürfte daher ein Betrag von 6 M pro Versicherten vollauf genügen. An dieser Rückstellung gemessen, sind solche mit geringeren Quoten als nicht ausreichend anzusehen.

Es wäre zu begrüßen, wenn das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung diesbezügliche Vorschriften erlassen und Richtlinien über die gleichmäßige Einsetzung der Schadenreserve herausgeben würde. Daß auch seitens des Amtes die Wichtigkeit der Schadenreserve anerkannt wurde, zeigt eine Veröffentlichung des Amtes im Geschäftsbericht für das Jahr 1927[9]).

Leider hat sich aber das Amt noch nicht entschlossen, einheitliche und bindende Richtlinien herauszugeben. Bis heute

[9]) **Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung, Geschäftsbericht 1927, S. 126:**

„ . . . . Die vorstehend geschilderten Schwierigkeiten, die bei einem Krankenversicherungsverein a. G. zur Erhebung eines Nachschusses geführt hatten, gaben Anlaß in einem an alle beaufsichtigten Krankenversicherungsunternehmungen gerichteten Rundschreiben vom 21. Februar 1927 (Tgb. Nr. A. 87) auf die Notwendigkeit der Ansammlung von ausreichenden Schadensreserven hinzuweisen. Der diese Frage behandelnde Teil des Rundschreibens lautet:

„Der im Formular K für den Rechnungsabschluß enthaltene Posten" Ausgaberückstände" ist von den Krankenversicherungsunternehmungen bisher nach sehr verschiedenen Grundsätzen bemessen worden. Wir weisen deshalb darauf hin, daß hierunter neben anderen Ausgaberückständen (Verwaltungskosten usw.) vor allem eine ausreichende Schadensreserve für alle im verflossenen Geschäftsjahr entstandenen — nicht etwa nur für die bis zum Jahresabschluß angemeldeten Schäden, soweit sie am Bilanztage noch nicht bezahlt waren, und zwar mit ihrem voraussichtlichen Gesamtbedarf, einzusetzen ist. Hierbei ersuchen wir, uns zu erklären, wie dieser Betrag ermittelt worden ist."

Die Ermittlung der Schadensreserve ist bei einzelnen Gesellschaften auf Schwierigkeiten gestoßen, da eine Statistik über die Entstehungszeit der Schadensfälle, nach der ihre Zugehörigkeit zum alten oder neuen Geschäftsjahr beurteilt werden kann, nicht geführt wird. Die Verhandlungen über die Frage, auf welche Weise die genaue Ermittlung der Schadensreserve in solchen Fällen erfolgen soll, sind noch nicht abgeschlossen."

ist es dem freien Willen der Gesellschaften überlassen, die Höhe der Schadenreserve festzusetzen. Erst wenn in dieser Hinsicht ein einheitliches Vorgehen erreicht ist, kann man von einer Bilanzklarheit bei der privaten Krankenversicherung sprechen.

Die Sicherheitsreserven (freie Reserven) bilden sich aus dem Betrag, der bei Gegenüberstellung der Aktiva und Passiva von letzteren übrig bleibt, wenn Schadenreserve und Verbindlichkeiten abgerechnet sind. Sie stellen das eigentliche Vermögen der Gesellschaft dar, denn die Schadenreserve muß gewissermaßen als Verbindlichkeit den Versicherten gegenüber angesehen werden, die dann fällig wird, wenn die Gesellschaft ihren Geschäftsbetrieb einstellen würde. Die Sicherheitsreserven sollten eigentlich, dem Gesetz entsprechend, die Höhe einer durchschnittlichen Jahresausgabe für Schäden erreichen. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, sind die Sicherheitsreserven bei allen Gesellschaften noch lange nicht ausreichend. Sie aufzufüllen, wird eine wichtige Aufgabe sein und bleiben.

Der Entwicklung der privaten Krankenversicherung entsprechend, haben sich Schadenreserve und Sicherheitsreserven ständig erhöht und erreichen heute eine Höhe, die bei den meisten Gesellschaften genügt, um den Versicherten die Sicherheit geben zu können, daß die Leistungsversprechen eingehalten werden, auch wenn einmal vorübergehend die Inanspruchnahme der Versicherung annormal steigen sollte.

Wichtig für den Wert der Reserven ist ihre Belegung durch die Aktivposten: Außenstände, Barbestände und Wertpapiere, Grundbesitz sowie Hypotheken und Darlehen.

Nahezu bei allen Gesellschaften vereinen die Außenstände Guthaben bei Vertretern und solche bei Versicherten (Prämienrückstände). Wieweit erstere tatsächlich vorhandene Barbestände bei Verwaltungsstellen darstellen, ist in den wenigsten Fällen ersichtlich. Zumeist wird es sich um Debetsalden handeln, denen wenig Wert beigemessen werden kann, da bekanntlich solche Außenstände schwer hereinzubringen sind. Es wäre daher zweckmäßig, wenn dieser Posten in „Außenstände bei Verwaltungsstellen" und in „Barbestände" bei Verwaltungsstellen ausgeschieden würde, wobei dann letztere zu den Barbeständen der Gesellschaften zu rechnen wären. Die Prämienrückstände bilden aus ähnlichen Gründen einen sehr zweifelhaften Wert, denn aus ihnen rekrutieren sich die Stornies. Immerhin aber zeigen sie in den letzten Jahren eine Verminderung, woraus auf eine straffere

Innenorganisation geschlossen werden kann. Nur bei einzelnen Gesellschaften (z. B. „Deutsche Krankenversicherungs AG. Berlin" und „Vereinigte Krankenversicherungs AG., Berlin") nahmen die Außenstände im letzten Jahre zu, was jedoch darauf zurückzuführen sein dürfte, daß sich diese noch im Aufbau befinden und daher einen höheren Stornosatz haben werden.

Der Aktivposten „Barbestände und Wertpapiere" bildet wohl zweifellos den hochwertigsten Aktivposten, denn durch ihn wird die Liquidität einer Gesellschaft bestimmt. Erfreulicherweise haben sich, der Statistik zufolge, die Barbestände in den letzten Jahren bedeutend vermehrt. Die Barbestände sollten die Höhe der freien Reserven erreichen. Erst dann kann eine Gesellschaft als sicher bezeichnet werden. Es liegt durchaus im Bereiche der Möglichkeit, daß durch eine unvorhergesehene Epidemie außerordentliche Anforderungen, die über das, durch die Prämie erfaßte Risiko weit hinausgehen, an die Gesellschaft gestellt werden, nur dann kann aber eine Gesellschaft als liquid bezeichnet werden, wenn ihre freien Reserven, die in einem solchen Fall herangezogen werden müssen, aus Barbeständen bestehen.

Hinsichtlich des Grundbesitzes ist bei den Gesellschaften die Tendenz nach Erweiterung desselben zu beobachten. Während die Bilanzen in den ersten Jahren nur vereinzelt nennenswerten Immobilienbesitz aufweisen, zeigen die Berichte der letzten Jahre ein ständiges Wachsen desselben. Zurückzuführen ist dies auf die steigende Rentabilität der Gesellschaften. So sehr auch die Vermögensanlage in Grund und Boden zu begrüßen ist, so darf dieses Bestreben doch nicht so weit gehen, daß hierüber die Reservebildung vernachlässigt wird. Erst wenn ausreichende Barreserven nachgewiesen werden können, sollte an die Anschaffung von Immobilien herangegangen werden, denn bekanntlich sind letztere im Bedarfsfalle nur schwer und stark unter ihrem Wert zu veräußern, sodaß eine Liquidität selbst bei einem bedeutenden Immobilienfonds noch lange nicht gegeben sein muß.

Hypotheken und Darlehen sind in den letzten Jahren nahezu bei allen Gesellschaften gestiegen. Diese Erhöhung entspricht der steigenden Rentabilität der letzten Jahre. Die Hypotheken dürften, vor allem bei den berufsständischen Anstalten, in erster Linie an die Mitglieder ausgegeben worden sein. Es ist erfreulich, daß dadurch die private Krankenversicherung zu einer Art Kreditinstitut für den Mittelstand geworden ist. Allerdings darf von den Gesellschaften nie ver-

gessen werden, daß die Reserven in erster Linie zur Sicherung des Versicherungsgeschäftes dienen müssen. Aus diesem Grunde kann erst gutgeheißen werden, die Aktiven in Hypotheken und Darlehen anzulegen, wenn ausreichende Barbestände vorhanden sind. Die Aufgabe, Kreditinstitut des Mittelstandes zu sein, wird demzufolge in erster Linie den großen Gesellschaften zufallen und allein schon aus diesem Grunde wäre eine weiter fortschreitende Konzentration zu begrüßen.

VI. Kapitel.

Gesellschaftsformen.

1. Schadens- oder Personenversicherung[1]).

Bei dem Versuch, die private Krankenversicherung einer der beiden Hauptversicherungsgruppen, Personen- oder Schadenversicherung, einzufügen, stößt man insoferne auf Schwierigkeiten, als sie die für beide Hauptgruppen charakteristischen Merkmale in sich vereint und somit Personen- und Schadensversicherung zugleich ist. Das Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag bestimmt in § 1, daß eine Versicherungsart dann als Schadensversicherung zu betrachten ist, wenn der Versicherungsvertrag den Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer nach Eintritt eines Versicherungsfalles, den durch den Versicherungsfall verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrages zu ersetzen[2]). Als charakteristisch für die Personenversicherung gilt nach dem gleichen Paragraphen, daß der Versicherer verpflichtet ist, nach dem Eintritte eines Versicherungsfalles dem Versicherungsnehmer den vereinbarten Betrag an Kapital oder Rente zu zahlen oder die sonst vereinbarte Leistung zu bewirken[2]). Der Unterschied zwischen der Schadens- und Personenversicherung besteht demzufolge darin, daß bei ersterer das den Versicherungsfall auslösende Ereignis einen Vermögensschaden mit sich bringen muß, während bei letzterer der Umfang des Vermögensschadens für die Leistung des Versicherers nicht maßgebend ist, bezw. daß bei der Personenversicherung ein Vermögensschaden überhaupt nicht eingetreten zu sein braucht. Diese Definition auf die private Krankenversicherung angewandt, ergibt, daß sie bezüglich ihrer Leistungen für Arzt-, Arznei-, Operations- und Krankenhauskosten usw. Schadens-

[1]) Apelbaum, Individualversicherung (Manes, Versicherungslexikon, Berlin 1930, S. 914).

[2]) Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (RGBl. 1908, S. 263 § 1).

versicherung ist, denn die Tatsache einer Erkrankung genügt noch nicht zur Leistungspflicht, sondern eine solche ist nur dann gegeben, wenn durch eine erfolgte ärztliche Behandlung ein Vermögensschaden verursacht wird, und daß sie hinsichtlich ihrer Leistungen für Krankengeld, Wochenhilfe und Sterbegeld zur Personenversicherung gerechnet werden muß, denn in diesen Fällen genügt der Eintritt des Ereignisses zur Leistung des im voraus ziffernmäßig vereinbarten Betrages an Kapital, gleichgültig ob ein Vermögensschaden durch den Versicherungsfall verursacht wurde oder nicht. Die private Krankenversicherung wäre demzufolge als gemischte Versicherung zu betrachten.

In der Praxis gehen die Ansichten, ob sie Schadens- oder Personenversicherung ist, auseinander. Die Gesellschaften selbst streben nach Anerkennung als Schadensversicherung, was allein schon die Begriffsbestimmung in den allgemeinen Versicherungsbedingungen beweist[3]). Es heißt dort zumeist: „Zweck der Versicherung ist der tarifmäßige Ersatz des Vermögensschadens, der durch die Behebung eines Krankheitszustandes entsteht". Auch liegt bereits ein Gerichtsurteil vor, das feststellt, daß die private Krankenversicherung als Schadensversicherung zu betrachten ist[4]). Die Aufsichtsbehörde hingegen rechnet die Krankenversicherung zur Personenversicherung, was man allein schon daraus ersehen kann, daß das Amt in seinen Geschäftsberichten die Geschäftsergebnisse der privaten Krankenversicherung unter der Personenversicherung (Lebensversicherung) aufführt[5]).

Die Möglichkeit einer systematischen Einfügung der privaten Krankenversicherung ist für die Praxis vor allem hinsichtlich des § 59 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag, der die Doppelversicherung regelt, bedeutungsvoll[6]). Dieser Paragraph besagt, daß die Versicherer nur in der Weise als Gesamtschuldner verpflichtet sind, daß jeder einzelne zwar für den Betrag haftet, dessen Zahlung ihm nach seinem Vertrag obliegt, daß aber der Versicherungsnehmer im ganzen nur den Betrag des Schadens verlangen kann,

[3]) Vgl. Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G., Sitz Regensburg, Allgemeine Versicherungsbedingungen vom 1. Januar 1930, S. 1.

[4]) Landgericht Frankfurt a. M., Urteil vom 3. Oktober 1928, (25. 8. 28.)

[5]) Siehe auch Apelbaum, Individualversicherung (Manes, Versicherungslexikon, Berlin 1930, S. 914).

[6]) Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag, vom 30. Mai 1908 (RGBl. 1908, S. 263, § 59).

wenn er sein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern versichert hat und die gesamte Versicherungssumme den Gesamtschaden übersteigt. Diese Vorschrift findet dem Gesetz entsprechend nur auf die Schadensversicherung Anwendung.

Würde die Krankenversicherung als Schadensversicherung charakterisiert, so wäre demzufolge eine Doppelversicherung nur insoweit möglich, als der Versicherungsnehmer aus den Versicherungsverträgen nur seinen Gesamtschaden decken kann, aber nicht mehr. Würde ein bereits bei einer Gesellschaft Versicherter, die ihm angenommen 80 Prozent seiner Krankheitskosten ersetzt, noch eine zweite Versicherung bei einer anderen Gesellschaft abschließen, so könnte er von dieser nur die restlichen 20 Prozent seines Schadens beanspruchen, selbst wenn diese 20 Prozent nur ein Geringfügiges der Leistungspflicht der zweiten Gesellschaft darstellen sollten. Anders wäre es, wenn die Krankenversicherung als Personenversicherung charakterisiert würde. In diesem Falle wäre eine vollständige Doppelversicherung möglich, denn dann käme für jede Gesellschaft eine Leistungspflicht bis zur vertraglich übernommenen Leistungshöhe in Betracht, da ja hier der Begriff der Schadenshöhe ohne jeden Belang ist. Praktisch würde sich dieser Unterschied in der Weise auswirken, daß es einem Versicherten bei der Krankenversicherung als Personenversicherung möglich wäre die Versicherung zu ungerechtfertigter Vermögensbereicherung zu benützen, während er bei der Krankenversicherung als Schadensversicherung nur den Ersatz seines durch die Krankheitskosten entstandenen Vermögensschadens zu beanspruchen hätte. Ein spekulativ veranlagter Versicherter könnte somit im ersteren Falle die Krankenversicherung als Erwerbsquelle benützen. Wenn man bedenkt, in welchem Maße in der Krankenversicherung die Herbeiführung eines Versicherungsfalls vom subjektiven Wollen des Versicherten abhängig sein kann, so erkennt man, daß dieses Problem für die private Krankenversicherung von lebenswichtiger Bedeutung ist.

Die Gesellschaften haben von sich aus diese Gefahr eingedämmt, denn sie haben in ihren Versicherungsbedingungen zumeist die Bestimmung, daß sie im Falle einer Doppelversicherung nur bis zur Gesamthöhe der Krankheitskosten leistungspflichtig sind[7]). Immerhin aber wäre es zweckdienlich,

[7]) Vgl. hierzu: Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand, Regensburg; Allgemeine Versicherungsbedingungen vom 5. November 1927, S. 10.

wenn auch rechtlich die Frage: Schadens- oder Personenversicherung geklärt würde.

2. Aktiengesellschaft und Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit[8]).

Bei der privaten Krankenversicherung herrschen zwei Gesellschaftsformen vor: Aktiengesellschaften und Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Wie ja bereits anläßlich der Entwicklungsgeschichte besprochen, war der Versicherungsverein die Gesellschaftsart, die den Grundstein zur heutigen Verbreitung des Krankenversicherungsgedankens legte. Erst nach Jahren traten die Aktiengesellschaften auf den Plan[9]).

Wenn wir beide Gesellschaftsformen miteinander vergleichen, so ist trotz des vor allem in der Struktur nach außen hin auftretenden großen Unterschiedes der beiden Gesellschaftsarten, doch in den für den Versicherungsvertrag wesentlichsten Punkten nahezu eine vollständige Uebereinstimmung festzustellen, was allein schon daraus zu ersehen ist, daß das Gesetz über den Versicherungsvertrag für die Aktiengesellschaft und dem Versicherungsverein maßgebend ist.

Dies trifft vor allem auf das Vertragsverhältnis zu[10]). Bei beiden Gesellschaftsformen ist die Auswirkung des Vertragsverhältnisses die gleiche. Der Versicherte muß sich sowohl bei der Aktiengesellschaft als auch bei dem Versicherungsverein bei Vertragsabschluß verpflichten eine bestimmte Zeitdauer (meist 1 Jahr) der Gesellschaft anzugehören, gleichviel ob er bei der ersteren nur Versicherungsobjekt oder bei der letzteren Versicherungssubjekt — Mitglied des Vereins ist. In beiden Fällen steht ihm das Recht zu, den Vertrag in periodischen Zwischenräumen zu kündigen. Die gleiche Uebereinstimmung herrscht auch bezüglich der Kündigung des Versicherungsvertrages bezw. der Mitgliedschaft seitens der Gesellschaft. Die Aktiengesellschaft kann den Versicherungsvertrag kündigen und der Verein die Mitgliedschaft. Die rein theoretische Möglichkeit, daß erstere, ohne ihre Eigenschaft als Rechtssubjekt zu verlieren sämtliche abgeschlossenen Verträge kündigen kann, während der Verein in einem solchen Falle aufhören würde als Verein zu existieren, ist für die Praxis belanglos.

[8]) Vgl. Kunz: Versicherungs-Aktiengesellschaften und Gegenseitigkeitsvereine im Konkurrenzkampf (Halbmonats-Briefe München, 4. Jahrgang 1929, S. 10f).

[9]) s. o. I. Teil, I. Kapitel, II. Abschnitt, S. 3 ff.).

[10]) Vgl. **Hager-Bruck:** Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag, Berlin, 5. Auflage 1926, §§ 2, 3, 7, 8, 70, 165).

Bezüglich der Abänderungsmöglichkeit des vertraglich zugesicherten Leistungsumfanges allerdings besteht formell ein Unterschied, denn während die Aktiengesellschaft den Umfang ihrer Versicherungsleistung nur nach vorausgehender normaler Kündigung des Vertrages und ohne den Versicherten zur Fortsetzung dieses Vertrages zwingen zu können, abzuändern vermag, ist es dem Verein möglich durch Vereinsbeschluß während der Dauer der Mitgliedschaft (des Versicherungsverhältnisses) seine Versicherungsleistung zu ändern, wobei der Versicherte (das Mitglied) bis zur nächsten Kündigungsmöglichkeit Mitglied des Vereins bleiben muß[11]). Zweifelhaft allerdings ist, ob diese Abänderung auch für die bestehenden Versicherungsverhältnisse Gültigkeit hat. Das Gesetz bestimmt zwar, daß eine rückwirkende Gültigkeit dann eintritt, wenn die Satzung dies vorsieht[12]), doch ist hierzu die ausdrückliche Zustimmung des Mitgliedes erforderlich, widrigenfalls, nach dem Kommentar von Hager-Bruck, letzterem das Recht zum Austritt gegeben sein muß[13]). Praktisch besteht somit kein Unterschied zwischen Vertragsabänderung bei der Aktiengesellschaft und dem Versicherungsverein.

Hinsichtlich der Prämie selbst herrscht gleichfalls restlose Uebereinstimmung, denn § 1 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag stellt fest: „Als Prämien im Sinne dieses Gesetzes gelten auch die bei Versicherungsunternehmungen auf Gegenseitigkeit zu entrichtenden Beiträge[14]). Analog dessen gelten auch sämtliche Bestimmungen über Prämienzahlung, Zahlungsverzug und dessen Folgen für beide Versicherungsformen[15]). Die Höhe der Prämie ist allerdings bei der Aktiengesellschaft fixiert, während sie bei dem Versicherungsverein durch die Nachschußpflicht, die gewissermaßen als Zusatzprämie bezeichnet werden kann, variabel wird. Der bei der Aktiengesellschaft Versicherte hat die Gewißheit, daß sich seine Leistung dem Versicherer gegenüber (Prämie) auf die Dauer seines Vertrages nicht ändert. Das Mitglied des Vereins hingegen ist verpflichtet im Bedarfsfalle bis zu der in der Vereinssatzung festgelegten Höhe eine oder mehrere

[11]) Vgl. **Hager-Bruck**: Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen, Berlin, 3. Auflage 1927, § 39.

[12]) Vgl. **Hager-Bruck**: Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen, Berlin, 3. Aufl., 1927, § 41, Abs. 3.

[13]) Vgl. **Hager-Bruck**: ebenda, § 41, III. Teil, S. 443.

[14]) Vgl. **Hager-Bruck**: Reichsges. über d. Vers. Vertrag, Berlin, 5. Aufl., 1926, § 1.

[15]) Vgl. **Hager-Bruck**: Reichsges. über d. Vers. Vertrag, Berlin, 5. Aufl., 1926, §§ 35—42.

Nachschußzahlungen zu leisten, es sei denn, daß die Satzung einen Nachschuß ausdrücklich ausschließt[16]). Die praktische Auswirkung dieses Unterschiedes für den Versicherten ist jedoch gering, denn das Mitglied des Versicherungsvereins hat dadurch wenigstens die Sicherheit seinen z. Zeit der Nachschußforderung etwa bestehenden Leistungsanspruch zu erhalten, während der bei der Aktiengesellschaft Versicherte mit dem Totalverlust des Anspruches auf die Versicherungsleistung rechnen muß, falls das Aktienkapital zur Deckung der vertraglichen Verpflichtungen nicht genügen sollte.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, daß bezüglich des Geschäftsplanes keine nennenswerten Unterschiede zwischen Aktiengesellschaft und Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit bestehen.

3. Berufsständische Versicherung.

Neben den allgemeinen Krankenversicherungsgesellschaften, die ihre Geschäftstätigkeit auf alle Berufsteile des nichtversicherungspflichtigen Mittelstandes ausdehnen, bestehen Versicherungsgesellschaften, die ihren Versichertenbestand auf einzelne Berufsgruppen begrenzen. Vor allem waren und sind es die Handwerkskammern, die sich eigene berufsständische Versicherungseinrichtungen geschaffen haben. Die regionale Selbständigkeit der Kammern brachte es mit sich, daß diese Versicherungseinrichtungen auch eine lokale Begrenzung erfuhren und sich zunächst nur auf einen einzelnen Bundesstaat, höchstenfalls aber auf Reichsteile (z. B. Südwest-Deutschland, Westdeutschland, Nordwestdeutschland) erstrecken. Naturgemäß kam für diese Institute nicht eine kapitalistische Gesellschaftsform in Frage, denn einerseits mangelte es den Gründern an Kapital und andererseits hätte eine solche der ganzen ethischen Einstellung der Berufsstände widersprochen, sondern man wählte den Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der die gerechteste Prämie und die größtmöglichste Ausnützung des Versicherungsgedankens für den Versicherten versprach.

Die auf diese Weise entstandenen Versicherungsvereine erreichten eine ganz erhebliche Ausdehnung. Ihr Mitgliederbestand betrug im Jahre 1927 1 452 697, im Jahre 1928 1 414 168 und im Jahre 1929 1 459 850 versicherte Personen[17]).

[16]) Vgl. **Hager-Bruck**: Ges. über d. priv. Vers. Unternehmungen, Berlin 1927, § 24.

[17]) **Schülke**, Die berufsständischen privaten Krankenversicherungs-Gesellschaften im Jahre 1929 (Deutsche Versicherungszeitung Berlin 1931, 72. Jahrg., Nr. 10 vom 15. Mai 1931, S. 112 ff.)

Nahezu die Hälfte aller bei der privaten Krankenversicherung Versicherten gehören demzufolge berufsständischen Versicherungsvereinen an.

Die Frage, die in diesem Zusammenhang interessiert, ist vor allem die, ob die berufsständische Krankenversicherung Berechtigung und eine weitere Entwicklungsmöglichkeit hat, oder ob sie, als einer straffen Konzentration hemmend entgegenstehend, zu verwerfen ist.

Die vorstehend angeführten Gesamtmitgliederbestände bejahen ersteres und verneinen letzteres, denn der bisher erreichte Stand zeigt in seiner Gesamtauswirkung eine durchaus lebensfähige Bestandmasse und läßt die Möglichkeit zu, daß eine weitere Fortentwicklung zu erwarten sein wird. Allerdings muß festgestellt werden, daß die Teilergebnisse eine außerordentlich große Zersplitterung innerhalb dieser Gesellschaftsgruppe zeigen. Fast die Hälfte der berufsständischen Versicherungsvereine weist Mitgliederbestände von weit unter 50 000 Personen auf[18]). Wenn als Minimalgrenze für die Existenzmöglichkeit einer Krankenversicherungsgesellschaft ein Versicherungsbestand von 50 000 Personen angenommen wird, so müßte die Existenzfähigkeit dieser kleinen Gesellschaften zum mindestens als in Frage gestellt bezeichnet werden. Es würde aber zu weit führen, wenn man deshalb die gesamte berufsständische Versicherung als schädlich bezeichnen wollte, denn dieser Umstand ließe höchstenfalls die Forderung entstehen, daß innerhalb der berufsständischen Versicherung ein Rationalisierungsprozeß stattzufinden hätte, der zu engen Zusammenschlüssen führen müßte. Für die gesamte berufsständische Versicherung jedenfalls ist der Nachweis der Existenzfähigkeit und Existenzberechtigung erbracht.

Verstärkt wird dieser Eindruck, wenn man die Unkosten- und Auszahlungsprozentsätze der berufsständischen Versicherung mit denjenigen der ungebundenen Gesellschaften vergleicht. Eine derartige Gegenüberstellung ergibt, daß im Jahre 1929 einem Durchschnittsunkostensatz bei ersterer von 13,8% ein solcher von 27,5% bei letzteren gegenübersteht. Gleich erheblich ist der Unterschied der Auszahlungsprozentsätze. Die berufsständische Versicherung weist einen durchschnittlichen Auszahlungsprozentsatz von 82,6 Prozent auf, während die ungebundenen Gesellschaften nur 69,2 Prozent der vereinnahmten Prämien an ihre Versicherten in Form

[18]) Siehe Anhang, Tabelle I, S. 144.

von Versicherungsleistungen zurückerstatten[19]). Wir finden somit bei der berufsständischen Versicherung einerseits wesentlich geringere Unkosten und andererseits bedeutend höhere Versicherungsleistungen. So erheblich, wie er durch die Prozentsätze ausgedrückt wurde, ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Wirklichkeit nicht, denn bei den ungebundenen Gesellschaften wurden die Sätze durch besonders ungünstige Ergebnisse einiger weniger Unternehmungen stark getrübt. So muß, um nur ein Beispiel anzuführen, der Unkostensatz der „Deutschen Krankenversicherungs A.-G., Berlin" als anormal bezeichnet werden, denn diese Gesellschaft befindet sich noch im Aufbau und hat demzufolge erhöhte Werbungskosten. Das gleiche trifft für den Auszahlungsprozentsatz zu, der bei der gleichen Gesellschaft deshalb anormal nieder ist, weil die Mehrzahl der Versicherten aus dem gleichen Grunde noch nicht unter Risiko steht. Immerhin aber zeigt die Gegenüberstellung, daß hinsichtlich der Geschäftsdurchführung die berufsständische Versicherung einen Vergleich mit den ungebunden Gesellschaften zum mindesten nicht zu scheuen braucht.

Abschließend kann man zu dem Ergebnis kommen, daß die berufsständische Versicherung in ihrer Gesamtheit als erheblicher Teil der privaten Krankenversicherung gleich dieser ihre volkswirtschaftliche Bedeutung errungen und nachgewiesen hat.

[19]) **Schülke**, Die berufsständischen privaten Krankenversicherungs-Gesellschaften im Jahre 1929 (Deutsche Versicherungszeitung Berlin 1931, 72. Jahrgang, Nr. 10, vom 15. Mai 1931, S. 112 ff.).

III. Teil.

Die Stellung der privaten Krankenversicherung im Staate und ihre Bedeutung für die deutsche Volkswirtschaft.

I. Kapitel.

Staatsaufsicht.

1. Zusammensetzung und Wirken der Aufsichtsbehörde.

Mit Verkündigung des Gesetzes über die privaten Krankenversicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901, das in seinem V. Abschnitt eine Beaufsichtigung der durch das Gesetz erfaßten Versicherungsunternehmungen vorsah, erwies sich die Schaffung einer Reichsbehörde zum Zwecke der Versicherungsaufsicht als notwendig[1]). Diese Reichsbehörde wurde durch eine kaiserliche Verordnung vom 23. Dezember 1901 errichtet und erhielt die Bezeichnung, Kaiserliches Aufsichtsamt für Privatversicherung[2]). Nach Aenderung der Reichsverfassung im Jahre 1919 wurde diese bisherige Bezeichnung „Kaiserliches Aufsichtsamt für Privatversicherung" in Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung abgeändert[3]).

Die Befugnisse und die Zusammensetzung des Amtes sind durch das bereits genannte Gesetz und die gleichfalls angeführte Kaiserliche Verordnung bestimmt[4]).

---

[1]) Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (RGBl. Nr. 18, S. 139 ff. V. Abschnitt, § 70).

[2]) Kaiserliche Verordnung, betr. das Verfahren und den Geschäftsgang des Kaiserlichen Aufsichtsamtes für Privatversicherung vom 23. Dez. 1901 (RGBl. 498; V. A. 02, 1).

[3]) V. O. v. 17. März 1919 (RGBl. 1919, S. 322; V. A. 19, 1).

[4]) Ges. über d. priv. Vers. Unternehmungen v. 12. 5. 1901 (RGBl. 1901, Nr. 18, S. 139, I. Abschn.: §§ 64—84).

„Kais. V. O., betr. d. Verf. u. d. Geschäftsgang d. Kais. Aufsichts-Amtes f. Priv.-Vers., v. 23. Dez. 01, (RGBl. S. 498 VA 02, 1: §§ 1—37).

Das Amt leitet ein Präsident, dem ständige und nicht ständige Mitglieder unterstellt sind, die zu den Reichsbeamten zählen.

Außerdem steht dem Amt als beratende Stelle ein Versicherungsbeirat zur Seite, dessen Mitglieder vom Reichsrat vorgeschlagen und vom Reichspräsidenten auf 5 Jahre ernannt werden[5]). Der Versicherungsbeirat besteht aus 60 Personen, die durch ihre praktische Tätigkeit im Versicherungsgewerbe ihre Sachkunde unter Beweis gestellt haben. Manes nennt den Beirat: ein aus Sachverständigen des Versicherungswesens bestehendes Koloquium, dessen Aufgabe es ist, das Amt durch gutachtliche Beratung in schriftlicher und mündlicher Form zu unterstützen[6]).

Die gesamte Tätigkeit des Amts kann am zweckentsprechendsten als „Ausübung der Versicherungspolizei" bezeichnet werden. Sie besteht hauptsächlich

a) in der Erteilung der Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb,
b) in der Genehmigung des Geschäftsplanes, der Statuten (bei Verein, Satzungen), allgemeinen Versicherungsbedingungen und Leistungstarife der Gesellschaften, und
c) in der Ueberwachung der gesamten Geschäftsbetriebe.

Die Kosten des Amtes werden von den beaufsichtigten Gesellschaften getragen[7]).

Entsprechend den im Laufe der Jahre gemachten Erfahrungen und unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen und politischen Umwälzungen wurde das Aufsichtsgesetz verschiedentlich erweitert und ergänzt, um es so den jeweils sich ergebenden neuen Bedürfnissen anzupassen[8]).

Für die private Krankenversicherung kam und kommt naturgemäß die Aufsicht in der gleichen Weise zur Anwendung. Bis zum Jahre 1924, bis zu welchem Zeitpunkt sich das Krankenversicherungsgeschäft nur in sehr mäßigem Umfange abwickelte, dürfte die Geschäftstätigkeit des Amtes für diese Versicherungssparte nur sehr gering gewesen sein, denn die

[5]) Ges. über d. priv. Vers. Unternehmungen v. 12. Mai 1901 (RGBl. 01 Nr. 18, S. 139, V. Abschnitt, § 72).

[6]) **Manes:** Vers. Lexikon, Berlin 1930 (III. Aufl S. 191).

[7]) Ges. über d. priv. Vers. Unternehmungen v. 12. 5. 01 (RGBl. 1901, Nr. 18, S. 139, V. Abschnitt, § 81).

[8]) Gesetze vom 20. Dezember 1911,
Gesetze vom 24. Oktober 1917,
Verordnung vom 29. April 1920.
Gesetze vom 30. Dez. 1921; v. 19. Juli 1923, v. 15. Juli 26. (RGBl. 1911, S. 985; 1917, S. 973; 1930, S. 1433; 1922, S. 42; 1923, I. S. 684; 1926, I. S. 411).

Mehrzahl der bis dahin tätig gewesenen Gesellschaften konnte infolge ihrer lokalen Begrenzung für sich das Recht des § 2 des Aufsichtsgesetzes in Anspruch nehmen, demzufolge die Beaufsichtigung eines Versicherungsunternehmens durch die Landesbehörde zu erfolgen hat, wenn sich das Geschäftsgebiet des Unternehmens auf das Gebiet des betreffenden Landes erstreckte[9]). Die Länder machten nur in den seltensten Fällen von ihrem in § 3 Abs. 1 des gleichen Gesetzes begründeten Recht, auf Antrag die Aufsicht der Reichsbehörde zu übertragen, Gebrauch[10]). Die weniger großen Gegenseitigkeitsvereine, die gemäß § 2 des Aufsichtsgesetzes der Beaufsichtigung des Reichsaufsichtsamtes unterstanden, bedurften infolge ihrer geringfügigen Geschäftstätigkeit keiner wesentlichen Kontrolle[11]).

Anders wurde es vom Jahre 1924 ab. Die nunmehr einsetzende rapide Vergrößerung der Versichertenbestände, die Um- und Neugründungen der Gesellschaften bedingte eine stärkere Beachtung seitens des Aufsichtsamtes. Erschwert wurde die Tätigkeit des Amtes zweifellos dadurch, daß es sich im Grunde genommen um einen neuen Versicherungszweig handelte und das Amt naturgemäß nur über äußerst geringe Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügte; gleich den Gesellschaften selbst mußte sich auch das Amt erst mit dieser neuen Materie vertraut machen.

Diese allmählich steigende Aufsichtstätigkeit kann man aus den Geschäftsberichten des Amtes feststellen. Während der Geschäftsbericht vom Jahre 1925 in der allgemeinen Vorbemerkung die private Krankenversicherung nur beiläufig erwähnt[12]), sieht sich das Amt im Geschäftsbericht für das Jahr 1926 bereits zu der Feststellung veranlaßt, daß einerseits mündliche und schriftliche Verhandlungen zwecks Durchführung einschneidender Sanierungsmaßnahmen und andererseits eingehende Aufklärungen zur Beruhigung der Versicherten erforderlich wurden[13]).

[9]) Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (RGBl. Nr. 18, S. 139 ff. § 2).

[10]) Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (RGBl. Nr. 18 S. 139 ff. § 3/1).

[11]) Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (RGBl. Nr. 18, S. 139 ff. § 2, letzter Satz).

[12]) **Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung,** Geschäftsbericht 1925, S. 91, Abs. 3.

[13]) **Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung,** Geschäftsbericht 1926, S. 88; Absatz 9:

„Bei den sogenannten Mittelstandskrankenkassen war gegenüber den Vorjahren ein erhebliches Anwachsen der Geschäfte zu ver-

Im Geschäftsbericht für 1927 erwähnt das Amt, daß im Berichtsjahre bereits 2500 Beschwerden und Anfragen bezüglich der privaten Krankenversicherung eingegangen seien[14]).

Der Geschäftsbericht für 1928 bringt keinerlei Angaben über Anfragen und Beschwerden von Versicherten.

Das Jahr 1929 hingegen scheint wieder eine Steigerung der Aufsichtstätigkeit gebracht zu haben, denn das Amt gibt bekannt, daß allein 600 Anfragen und Beschwerden bezüglich der zahnärztlichen Versorgung erledigt wurden. Es sieht sich sogar zu der Bemerkung veranlaßt, daß die Belastung des Amtes in Krankenversicherungsangelegenheiten so stark war, daß infolge Personalmangels die Prüfung der bei den einzelnen Beschwerden auftauchenden grundsätzlichen Fragen zurückgestellt werden mußte[15]).

Wenn man bedenkt, daß sämtliche Aenderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife, sowie alle Neugründungen von Gesellschaften vom Aufsichtsamte bearbeitet und genehmigt werden müssen, und wenn man sich die Entwicklungsgeschichte der privaten Krankenversicherung mit ihren dauernden Tarif- und Satzungsänderungen sowie den zahlreichen Neugründungen vergegenwärtigt, so wird man verstehen, daß diese Tätigkeit des Amtes in der Tat eine sehr umfangreiche gewesen sein muß.

Die versicherungstechnisch bedeutungsvollste Tätigkeit des Aufsichtsamtes besteht jedoch in der grundsätzlichen Stellungnahme zu allen für die private Krankenversicherung wichtigen Problemen[16]).

---

zeichnen. Die finanziellen Schwierigkeiten einiger großer Unternehmungen erforderten einschneidende Sanierungsmaßnahmen, an denen sich das Amt durch eingehende mündliche und schriftliche Verhandlungen mit den Gesellschaftsorganen, insbesondere auch durch örtliche Feststellungen intensiv beteiligte. In vielen Anfragen und Beschwerden machte sich die bei den Mitgliedern durch die Vorgänge eingetretene Beunruhigung bemerkbar, der das Amt durch eingehende rechtliche und tatsächliche Darlegungen abzuhelfen versuchte.

[14]) **Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung,** Geschäftsbericht **1927, S. 87, Abs. 3.**

[15]) **Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung,** Geschäftsbericht **1929, S. 83, Abs. 9.**

[16]) **Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung,** Geschäftsbericht **1925:**

1. Aufgabe des Prozentualsystems in der Krankenversicherung (Nr. 13, S. 131).
2. Bedenken gegen die Abonnenten-Krankenversicherung Nr. 14, S. 132).

Die Entscheidung des Amtes war grundlegend für deren Behandlung in der Praxis. Durch diese Tätigkeit hat das Amt wesentlich zum Auf- und Ausbau der privaten Krankenversicherung beigetragen und die Gesellschaften unterstützt.

---

3. Krankenversicherung mit Prämienrückgewähr (Nr. 15, S. 132).
4. Versicherung gegen Unfalltod bei der Krankenversicherung (Nr. 16, S. 133).
5. Zwangsweise Entfernung von leitenden Angestellten aus zwei größeren Krankenversicherungsunternehmungen (Nr. 17, S. 133).

Geschäftsbericht 1926:

6. Kapitalausrüstung einer Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft (Nr. 5, S. 90).
7. Untersagung des Geschäftsbetriebes einer Krankenkasse (Nr. 17, S. 129).
8. Aenderungen der Versicherungsbedingungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse bei Krankenversicherungsvereinen (Nr. 18, S. 129).
9. Doppelversicherung in der Krankenversicherung (Nr. 20, S. 130).
10. Verbandsbildung in der Krankenversicherung des Mittelstandes und Aerztevertrag des Verbandes (Nr. 23, S. 132).

Geschäftsbericht 1927:

11. Kürzung des Entschädigungsbetrages bei Ueberforderung seitens des Arztes (Nr. 9, S. 115).
12. Behandlung von Mitgliedern eines Krankenversicherungsvereins auf Gegenseitigkeit durch Heilkundige (Nr. 10, S. 115).
13. Entsprechende Anwendung der Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung auf die private (Nr. 11, S. 116).
14. Ablehnung der Zulassung eines Krankenversicherungsvereins a. G. ohne Gründungsfonds (Nr. 12, S. 117).
15. Erhebung eines Nachschusses bei der Krankenversicherung (Nr. 16, S. 120).
16. Schadensreserve bei der Krankenversicherung (Nr. 17, S. 121).
17. Der Beginn der Krankheit wird nicht durch die Anforderung eines Krankenscheins nachgewiesen (Nr. 18, S. 121).
18. Begriff der sogen. „Alten Leiden" in der Krankenversicherung (Nr. 20, S. 122).
19. Mehrkosten durch falsche ärztliche Behandlung müssen tarifmäßig erstattet werden (Nr. 21, S. 123).
20. Wartezeit für Neugeborene (Nr. 22, S. 124).
21. Krankenversicherungsverträge mit vierteljährlicher Versicherungsperiode (Nr. 23, S. 125).
22. Bedenken gegen die Verbindung der Krankenversicherung mit der Kleinlebensversicherung (Nr. 24, S. 125).
23. Katastrophenrücklage bei der Krankenversicherung (Nr. 25, S. 125).

Geschäftsbericht 1928:

24. Ausschaltung d. Stimmrechts d. Mitgl. d. Vorstandes u. Aufsichtsrats i. d. Gen. Vers. (Nr. 4, S. 79).
25. Krankenvers.: Zum Begriff „Rechnungsjahr" (Nr. 20, S. 107).
26. Krankenvers.: Unbegrenzte Leistungsdauer (Nr. 21, S. 107).
27. Teilungsabkommen zwischen d. Verbande priv. Krankenvers.-Untern. Deutschlands u. einem Haftpflicht-Versicherer (Nr. 27, S. 112).

2. Reform der Aufsicht.

Wenn auch das Aufsichtsgesetz im großen und ganzen den zu stellenden Anforderungen genügte, so ließen es doch die in den letzten Jahren im Versicherungswesen gemachten Erfahrungen als wünschenswert erscheinen, das Gesetz vor allem hinsichtlich des Umfanges der Beaufsichtigung den modernen Verhältnissen anzupassen. Die Ausdehnung einzelner neuer versicherungsähnlicher Einrichtungen (Bausparkassen) und der Zusammenbruch des Frankfurter Versicherungskonzerns im Jahre 1929 dürften den Hauptanlaß zur Forderung nach Erweiterung des alten Gesetzes und Verschärfung des Versichertenschutzes gegeben haben. Mit Wirkung vom 1. April 1931 wurde denn auch ein Zusatzgesetz erlassen, das einzelne grundlegende Neuerungen brachte[17]).

Diese Neuerungen beziehen sich vor allem auf Verstärkung der Vollzugsgewalt des Aufsichtsamtes bezüglich der Entscheidung, wann Aufsichtspflicht vorliegt (§ 1a), Schutzbestimmungen zur Wahrung der sozialen Belange der Angestellten bei Fusionen von Gesellschaften (§ 14), verschärfte Vorschriften hinsichtlich des Rechnungsabschlusses (§ 55b bis § 55 i), Aufstellung von Treuhändern zur Ueberwachung des Prämienreservefonds (§ 60a—60f), Verbot des Betriebes wesensfremder Darlehensgeschäfte (§ 64), Einbeziehung der Versicherungsmakler in die Aufsicht (§ 65), Festsetzung periodisch vorzunehmender Prüfungen der Gesellschaften durch das Amt (§ 65a—65b), Neufestsetzung der Aufbringung der Unterhaltskosten der Aufsichtsbehörde (§ 81), Einbeziehung der Bausparkassen in die Aufsicht (§ 91a—91k), und Einfügung von Strafmaßnahmen gegen Vorstands- und Aufsichtsratsmitglieder, sowie Treuhänder (§ 106a—106e).

Geschäftsbericht 1929:

28. Verbindung d. Kranken- m. d. Lebensvers. (Nr. 23, S. 120).
29. Körperversicherung (Nr. 24, S. 120).
30. Kündigungsrecht in der Krankenversicherung (Nr. 25, S. 120).
31. Krankheitsanzeige durch Postkarte (Nr. 26, S. 121).
32. Einsendung v. Schadensunterlagen an d. Krankenversicherungsgesellschaft (Nr. 27, S. 121).
33. Versicherungsleistungen an vers. Aerzte f. selbst vorgenommene Behandlungen (Nr. 28, S. 121).
34. Einführung v. Zuschlägen zu d. Tarifprämien d. Krankenversicherung f. d. in Großstädten wohnenden Versicherten (Nr. 29, S. 122).

[17]) Gesetz zur Aenderung des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 30. März 1931 (RGBl. Nr. 13 vom 1. April 1931, S. 102—110).

An dieser Stelle interessieren vor allem die Abänderungen, die sich auch auf die private Krankenversicherung auswirken.

Hier wäre zunächst der in § 1, Abs. 2 neu eingefügte Satz: „besonders die Unterstützungseinrichtungen und Unterstützungsvereine der Berufsverbände" und mit ihm als in ursächlichem Zusammenhang stehend, der neue § 1a zu nennen.

Zum Verständnis der nachfolgenden Erörterungen ist es erforderlich, die nunmehrige Fassung des gesamten § 1 im Wortlaut anzuführen:

Der neue § 1 lautet:

§ 1.

„Privatunternehmungen, welche den Betrieb von Versicherungsgesellschaften zum Gegenstande haben, unterliegen, vorbehaltlich der in den §§ 116, 117, 122 gegebenen Vorschriften, der Beaufsichtigung nach Maßgabe dieses Gesetzes.

Als Versicherungsunternehmungen im Sinne dieses Gesetzes sind solche Personenversicherungen nicht anzusehen, die ihren Mitgliedern Unterstützung gewähren, ohne ihnen einen Rechtsanspruch darauf einzuräumen, besonders die Unterstützungseinrichtungen und Unterstützungsvereine der Berufsverbände.

Das gleiche gilt von Unternehmungen, die der Förderung des Grundkredits durch Uebernahme des Hypothekenschutzes dienen, insbesondere in der Weise, daß sie gegen ein von dem Hypothekenschuldner zu entrichtendes Entgelt sich für die ihm obliegenden Leistungen verbürgen oder Vorschüsse auf diese Leistungen zahlen.

§ 1a.

Darüber, ob eine Unternehmung nach § 1 der Beaufsichtigung unterliegt, entscheidet die Aufsichtsbehörde; die Entscheidung bindet die Gerichte und Verwaltungsbehörden. Eine vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes ergangene Entscheidung eines Gerichts oder einer Verwaltungsbehörde steht einer Entscheidung der Aufsichtsbehörde nicht entgegen."

Diese neue Fassung brachte eigentlich nicht das, was im Interesse der gesamten Krankenversicherung wünschenswert gewesen wäre, nämlich die Beaufsichtigung der kleinen und kleinsten Unternehmungen. Gerade diese sind es, die eine ernstliche Gefahr für die private Krankenversicherung bedeuten, denn dadurch, daß sie der Reichsaufsicht nicht unter-

stehen, ist es ihnen möglich ihre Bedingungen und Leistungstarife nach freiem Ermessen festzusetzen. Diese kleinen Unternehmungen, zumeist Gründungen von Nichtfachleuten oder kleinen Agenten, die durch kurze Tätigkeit im Außendienst einer großen Versicherungsgesellschaft genug Versicherungskenntnisse zu haben glauben, um selbständig eine Versicherungsgesellschaft aufziehen zu können, gewähren zudem durchwegs keinen Rechtsanspruch auf die Leistungen, sodaß eine Gefahr für die Gesellschaft zwar nicht besteht, denn im Falle der Zahlungsunfähigkeit erfolgt einfach Einstellung der Zahlungen, der Versicherte aber ohne jeden Rechtsschutz bleibt[18]).

Um mit den großen Gesellschaften konkurrieren zu können, arbeiten sie mit Leistungstarifen, die an denjenigen der großen Gesellschaften gemessen, eine Einhaltung der Leistungspflicht zum mindesten als fraglich erscheinen lassen. Als Beispiel hierfür diene der erst kürzlich (Oktober 1930) gegründete Eisfelder Krankenhilfsverein[19]).

Für solche Fälle wäre eine Zentralisierung der Aufsicht besonders am Platze gewesen. Weniger die großen Vereine sind es, die einer erhöhten Beaufsichtigung bedürfen, denn ihre jahrzehntelange Geschäftserfahrung und ihr großer Versichertenbestand verbunden mit dem Bestreben, ausreichende Reserven anzusammeln, vermindern die Gefahr für den Versicherungsnehmer auf ein Minimum, sondern die kleinen Kassen- und versicherungsähnlichen Einrichtungen mit ihren unkontrollierbaren Geschäftsmethoden. Die Gefahr, daß solche Institute fallieren, ist sehr groß. In Mitleidenschaft aber wird dann die gesamte private Krankenversicherung gezogen, denn die Versicherungsnehmer verallgemeinern derartige Vorkommnisse und das Vertrauen zur Krankenversicherung wird erschüttert.

Man kann gegen diese Forderung nach Einbeziehung der kleinen und kleinsten Krankenversicherungsunternehmungen in die Reichsaufsicht den Einwand erheben, daß dies eine untragbare weitere Belastung des Amtes bedeuten würde. Dem wäre zu entgegnen, daß ja die Aufsicht nicht direkt durch das

[18]) Zum Problem der kleinen krankenversicherungsähnlichen Einrichtungen (Deutsche Versicherungszeitung, Berlin 1930, 71. Jahrg. Nr. 7, vom 15. Febr. 1930, S. 38/39); Volkswohl (Deutsche Vers. Ztg., Berlin 1930, 71. Jahrg., Nr. 20, vom 15. 10. 30, Mitteilungsseite d. Verb. priv. Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V.).

[19]) Umlagekrankenkassen (Private Krankenversicherung, Halbmonatsschrift München 1931, 2. Jahrgang, Nr. 7, vom 1. April 1931, S. 49 ff.)

Amt erfolgen müßte, sondern es würde genügen, wenn für solche Gesellschaften private Versicherungstreuhänder aufgestellt würden, die von den Gesellschaften selbst zu entlohnen und die dem Amt gegenüber für die Zulänglichkeit der Geschäftsführung verantwortlich wären. Der Hauptzweck, die Kontrolle über diese Kassen, wäre erreicht und die Gefahr beseitigt. Die Festlegung dieser Institution der Treuhänder im Gesetz würde diesen die nötige Vollzugsgewalt verleihen, damit sie ihr sicherlich nicht leichtes Amt auszuüben vermöchten.

Die im neuen Gesetz verankerten Vorschriften über den Rechnungsabschluß und die Tätigkeit des Treuhänders müssen erst ihre praktischen Auswirkungen zeigen, ehe man hierzu Stellung nehmen kann. Immerhin erscheint es aber fraglich, ob sie die Sicherheiten bieten, die sich der Gesetzgeber zu versprechen scheint, denn das Fehlen jeglicher Vollzugsgewalt des Treuhänders, wird diesem kaum den nötigen Rückhalt zu geben vermögen, um bewußte Verschleierungsversuche, denen ja durch das Gesetz vorgebeugt werden soll, auszuschließen. Wirksam kann nur ein Treuhänder sein, der vom Reichsaufsichtsamt für die zu kontrollierende Gesellschaft bestimmt wird und die Machtbefugnisse eines Beamten des Amtes hat.

Aehnlich verhält es sich bezüglich der durch das Amt auszuübenden Revisionen, die infolge des geringen Beamtenstandes des Amtes (eine vom Wirtschaftsministerium in diesem Zusammenhang geforderte Erhöhung der Zuwendungen wurde vom Reichstag abgelehnt[20]) kaum im erforderlichen Umfange durchzuführen sein werden.

Außer der teilweise erfolgten und noch durchzuführenden Reform des Aufsichtsgesetzes, wie sie vorstehend erörtert wurde, wäre noch eine solche hinsichtlich der geschäftsplanmäßigen Ausübung der Aufsicht zu fordern.

Bereits anderen Ortes wurde auf die große Divergenz der Bilanzen der Gesellschaften hingewiesen. Diesbezüglich erscheint es dringend erforderlich, daß das Aufsichtsamt einheitliche Bilanzierungsvorschriften, vor allem hinsichtlich der Unkosteneinsetzung und Sicherheitsrücklagen erlassen würde.

Eine weitere, sehr bedeutungsvolle Aufgabe des Amtes, bestünde in der statistischen Auswertung des dem Amte zur Verfügung stehenden Materials über die Geschäftsergebnisse

[20]) Inkrafttreten der Aenderungen der Versicherungsaufsichtsgesetze (Der Versicherungs-Agent, Berlin 1931, 42. Jahrgang, Nr. 11, vom 11. April 1931, S. 90).

der Gesellschaften[21]). Es ist bedauerlich, feststellen zu müssen, daß sogar noch bis heute (Sommer 1931) in den Geschäftsberichten des Amtes die Geschäftsergebnisse der privaten Krankenversicherung mit denjenigen der Lebensversicherungsgesellschaften vereint sind. Die Versicherungswissenschaft ist bis dato immer noch auf die mehr oder minder subjektiv gefärbten Bilanzzusammenstellungen in der Fachpresse angewiesen, die zudem nicht einmal vollkommen sind, da die Verfasser nicht von allen Gesellschaften das benötigte Material erhalten konnten. Hier einzugreifen wäre eine dankenswerte Aufgabe des Amtes.

II. Kapitel.

Die Stellung der privaten Krankenversicherung zur staatlichen Krankenversicherung (Sozialversicherung).

1. Die Sozialversicherung als Konkurrentin der privaten Krankenversicherung.

Ein Vergleich des Geschäftsplanes der Sozialversicherung mit dem der privaten Krankenversicherung läßt die grundsätzlichen Unterschiede zwischen den beiden Versicherungsträgern erkennen. Der die Grundlage der Sozialversicherung bildende Versicherungszwang fehlt bei der privaten Versicherung vollständig. Bei ersterer rekrutieren sich die Versicherungsnehmer aus der Unterschicht der Bevölkerung, die erfahrungsgemäß nicht über die Einsicht verfügt, daß Vorsorgemaßnahmen zur Aufrechterhaltung der finanziellen Leistungsfähigkeit unbedingt notwendig sind und deren geringe Kapitalstärke die vollkommene Uebernahme des Versicherungsschutzes mittels Naturalleistungen erforderlich macht. Die private Krankenversicherung hingegen versucht die weitaus kapitalkräftigere Mittelschicht des deutschen Volkes zu erfassen, von der anzunehmen ist, daß sie ihre persönliche Lage richtig einzuschätzen und das Bedürfnis nach Versicherungsschutz ohne Zwang selbst zu erkennen vermag. Bei ihr erscheint das Naturalleistungssystem nicht am Platze, es genügt das Zuschußsystem, das je nach dem Umfange des Versicherungsvertrages, die Selbstkosten der Versicherten entsprechend

[21]) Die Aufgaben der Aufsichtsbehörde (Deutsche Versicherungszeitung, Berlin 1931, 72. Jahrgang, Nr. 5, vom 1. März 1931, S. 51).

den Einkommensverhältnissen abstuft. Die Arbeitsbereiche der beiden Versicherungsgruppen sind demzufolge scharf umgrenzt, sodaß man annehmen sollte, daß sich die Interessen beider in keiner Weise tangieren würden.

Dies trifft in der Praxis jedoch nicht zu, denn die Untersuchung des Versichertenbestandes der Sozialversicherung läßt erkennen, daß bei ihr auch heute noch nicht unwesentliche Teile der mittelständischen Bevölkerung versichert sind. Ein genaues Bild erhält man, wenn man den Versicherungspflichtigen die Zahl der bei der Sozialversicherung freiwillig Versicherten gegenüberstellt. Es trafen auf je 1000 Pflichtversicherte

im Jahre 1925	ca. 101 freiwillige Mitglieder,
im Jahre 1926	ca 113 freiwillige Mitglieder,
im Jahre 1927	ca. 115 freiwillige Mitglieder,
im Jahre 1928	ca. 121 freiwillige Mitglieder[1]).

Diese freiwillige Weiterversicherung entstand einerseits durch das Verbleiben der Versicherten, deren Einkommen im Laufe der Zeit die mit der Sozialversicherung erfaßte Einkommensgrenze überschritten hatte, in der Sozialversicherung, und andererseits durch die forcierte Werbung einzelner Landkrankenkassen in den bäuerlichen und kleingewerblichen Kreisen der Landbevölkerung. Wenn auch in den größeren Städten die Freiwilligversicherten gering sein mögen, so dürfte es auf dem Lande doch nur eine Frage des persönlichen Vertrauens sein, das der Leiter der Verwaltungsstelle besitzt, um Nichtversicherungspflichtige zu veranlassen, statt einer privaten Versicherung der Sozialversicherung beizutreten[2]). Als dritter Grund muß die Tatsache angeführt werden, daß die sich ständig verschlechternde Wirtschaftslage viele bisher Selbständige zwingt, ein Anstellungsverhältnis einzugehen, wo-

[1]) Die Mitglieder der reichsgesetzlichen Krankenkassen (Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, Jahrgang 1927, S. 414; Jahrgang 1928, S. 464; Jahrgang 1929, S. 358; Jahrgang 1930, S. 402). Von den Kassenmitgliedern waren:

Geschäftsjahr	Pflichtmitglieder:	freiwillige Mitglieder:
1925	16,567 Millionen	1,668 Millionen
1926	16,535 Millionen	1,867 Millionen
1927	17,195 Millionen	1,973 Millionen
1928	17,739 Millionen	2,141 Millionen

[2]) Bericht des Verbandes Privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V. über d. Gesch. Jahr 1930 (Deutsche Vers.-Ztg. Berlin, 72. Jahrg., Nr. 12, vom 15. Juni 1931, S. 152, Abs. 10).

durch sie dem Gesetz nach versicherungspflichtig werden und von der Privatversicherung zur Sozialversicherung hinüberwechseln müssen. Die Versicherungsgesellschaften erwähnen dies auch in ihren Geschäftsberichten[3]).

Die private Krankenversicherung vertritt demgegenüber den Standpunkt, daß der Gesetzgeber die Sozialversicherung veranlassen solle, sich auf ihr Tätigkeitsgebiet, die Versicherung der Versicherungspflichtigen, zu beschränken und jede Werbetätigkeit für ihre freiwilligen Abteilungen zu unterlassen[4]). Der Verband Privater Krankenversicherungsunternehmungen (Leipziger Verband) berichtet in seinem Geschäftsbericht für das Jahr 1930, daß diesbezügliche Eingaben in verschiedenen Fällen Erfolg gezeitigt hätten. Diese Einstellung der privaten Krankenversicherung erscheint verständlich, denn im Hinblick auf die verschiedenartige Struktur der Sozialversicherung und Privatversicherung dürfte eine Verquickung der Versicherungspflicht mit der freiwilligen Versicherungsfähigkeit einerseits kaum im Interesse des Gesetzgebers liegen und auch andererseits nicht dem Sinne des Versicherungswesens entsprechen. Bei der Sozialversicherung nimmt der Versicherungsschutz den Charakter der sozialen Fürsorge an, während er bei der privaten Versicherung auf einen Vertrag bürgerlichen Rechts fußt. Das Staatsinteresse erfordert die Erhaltung einer leistungsfähigen in sich geschlossenen Sozialversicherung für die wirtschaftlich wenig kapitalkräftigen Schichten und die Erhaltung einer modernen durch freie Konkurrenz zur Fortentwicklung neuer Grundsätze getriebenen privaten Versicherung für die mittleren Bevölkerungskreise. Die Aufgaben dieser beiden Gruppen sind so umfangreich und von einander so verschieden, daß ein Ineinandergreifen nicht zweckmäßig erscheint.

2. Expansionsbestrebungen der Sozialversicherung.

Entgegen den Forderungen der privaten Krankenversicherungsgesellschaften zeigten sich bei einzelnen politischen Parteien, und vor allem bei den Ortskrankenkassen, Bestre-

[3]) Vgl.: Geschäftsberichte d. priv. Krankenversicherungsgesellschaften 1930, Berichte der Vorstände.

[4]) „Bericht d. Verb. Priv. Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V., über das Geschäftsjahr 1930" (Deutsche Vers.-Ztg. Berlin, 72. Jahrg., Nr. 12, vom 15. Juni 1931, S. 152, Abs. 10).

„Reform der privaten Krankenversicherung" (Die priv. Krankenvers. 1927/28, Berlin 1929, S. 161 ff.).

bungen, den Gesetzgeber zu veranlassen, die Sozialversicherung noch auf weitere Bevölkerungsteile auszudehnen[5]).

Diese Bestrebungen kristallisierten sich in den Leitsätzen für die Ausdehnung der Krankenversicherung, welche der Geschäftsführer des Hauptverbandes der Deutschen Krankenkassen, Helmuth Lehmann, im Auftrage des Hauptverbandes ausgearbeitet hat[6]). Diese Leitsätze gipfeln in den Forderungen:

1. Alle Befreiungen von der Pflichtkassenzugehörigkeit sollen aufgehoben werden.

2. Betriebs- und Innungskrankenkassen sollen aufgelöst werden, sofern die beteiligten Arbeitgeber oder Arbeitnehmer es verlangen.

3. Alle Krankenkassen sollen einem der bestehenden großen Krankenkassenverbände angehören.

4. Die Praxis der Kassenärzte soll auf eine angemessene Zahl von Krankheitsfällen und Leistungen beschränkt und das kassenärztliche Gesamteinkommen auf eine angemessene Pauschalsumme begrenzt werden.

5. Die Kleingewerbetreibenden und Kleinbauern werden versicherungspflichtig; die Versicherungspflichtgrenze wird auf 6000 Mark Jahresverdienst erhöht.

Diese Leitsätze wurden vom 33. Deutschen Krankenkassentag, der im August 1929 in Nürnberg tagte, in nahezu unveränderter Form angenommen, wodurch der Kampf zwischen Sozialversicherung und privater Versicherung in ein Stadium trat, das für letztere die schwerwiegendsten Folgen zeitigen konnte. Wären die Forderungen der Sozialversicherung erfüllt worden, so wären wesentliche Teile der Versichertenbestände der privaten Versicherung versicherungspflichtig geworden, denn man kann annehmen, daß mindestens 50% aller bei der privaten Krankenversicherung Versicherten über ein Jahreseinkommen unter 6000 Mark verfügen, wodurch sie unter die neu zu errichtende Versicherungspflichtgrenze fallen würden.

---

[5]) **Abg. Dr. Breitscheid, Reichstagsantrag vom 5. Juli 1928:**
„Der Reichstag wolle beschließen, den Herrn Reichsarbeitsminister zu ersuchen, die Pflichtversicherungsgrenze in der Angestellten-Versicherung auf 9600 Reichsmark festzusetzen."

Abg. Dr. Stegerwald, Reichstagsantrag vom 13. Juli:
„Der Reichstag wolle beschließen, die Reichsregierung zu ersuchen, die Pflichtversicherungsgrenze in der Kranken- und Angestellten-Versicherung in angemessener Weise zu erhöhen."

[6]) „Unverminderte Ausdehnungswünsche der Ortskrankenkassen" (Die private Krankenversicherung 1929, Berlin 1930, S. 5—7).

Der Deutsche Aerztevereinsbund und der Verband der Aerzte Deutschlands hat im November 1928 eine „Denkschrift über die Ausdehnung der staatlichen Krankenversicherung" herausgegeben. In dieser Denkschrift wird errechnet, daß durch die Neuordnung der Krankenkassen nicht weniger als 9 Millionen Neuversicherte von letzteren neu erfaßt würden[7]).

Es ist anzunehmen, daß von diesen 9 Millionen ein großer Teil bereits heute bei der privaten Versicherung versichert ist, und der Rest jenen Bevölkerungsteil darstellt, der von den privaten Versicherungsgesellschaften noch erfaßt werden soll. Eine Ausdehnung der Pflichtversicherung in der beabsichtigten Weise würde somit nicht nur die Versichertenbestände der privaten Krankenversicherung schwächen, sondern ihr auch die weitere Werbetätigkeit erschweren.

Aus diesen Gründen ist es verständlich, wenn seitens der privaten Krankenversicherung gegen diese Expansionsbestrebungen angekämpft wurde. Von den Verbänden sowohl als auch von der der privaten Versicherung nahestehenden Fachpresse wurde die Unzweckmäßigkeit einer Ausdehnung der Sozialversicherung zu beweisen versucht[8]). In diesen Erwiderungen stellten die private Krankenversicherung und ihre Anhänger die Behauptung auf, daß der Mittelstand, also der Kreis der mittleren und höheren Angestellten, der Handwerker, Gewerbetreibenden, der freien Berufe und der Landwirte keinen Versicherungszwang vertrage. Es widerstrebe seinem Lebensprinzip und seinen Bedürfnissen zu Vorsorgemaßnahmen gezwungen zu werden. Es wäre bei dem einzelnen Mittelstandsangehörigen genügend Einsicht anzunehmen, daß er seine persönliche Lage richtig einzuschätzen und, wenn nötig, Versicherungsschutz zu nehmen verstehe. Zudem bedürfe er eines beweglichen, auf die einzelnen Verhältnisse abgestuften Versicherungsschutzes und könne sich in die starre Form des Kassenarztsystems und der Pflichtleistungen nicht einfügen.

Dieser Auffassung schlossen sich eine ganze Reihe von Mittelstandsverbänden und -Vereinigungen an. Auch sie lehn-

[7]) „Denkschrift über die Ausdehnung der staatlichen Krankenversicherung und ihre Folgen" (Leipzig 1928, Deutscher Aerztevereinsbund und Verband der Aerzte Deutschlands).

[8]) Verband priv. Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Leitsätze z. Krankenvers. d. Mittelstandes, Leipzig 1929.
Prange: Gegen d. Konkurrenz der priv. Krankenvers. (Der Versicherungspraktiker 1930, 7. Jahrg., Nr. 11, S. 85).

ten mit den gleichen Argumenten die Einbeziehung der unteren Schicht des Mittelstandes in die Sozialversicherung ab[9]).

Auf diese Stellungnahme dürfte es wohl zurückzuführen sein, daß die im Oktober 1930 erfolgte Reform der Sozialversicherung nur interne Abänderungen brachte und eine weitere Ausdehnung der Pflichtversicherung zurückstellte. Nachdem diese Reform keine lebenswichtigen Probleme der privaten Krankenversicherung aufrollte, kann sie in diesem Rahmen unerwähnt bleiben.

3. Die heutige Stellung der privaten Krankenversicherung zur Sozialversicherung.

Durch die Ablehnung der Forderungen der Sozialversicherung auf Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze verringerten sich naturgemäß die Differenzen zwischen beiden Versicherungsträgern ganz wesentlich. Der Vorsitzende des

---

[9]) **„Reichsausschuß der deutschen Mittelschicht" (43 Mittelstandsverbände) öffentliche Erklärung vom 15. Nov. 1928:**

„Als Freunde einer richtigverstandenen und zweckmäßig gestalteten Sozialpolitik erheben wir entschieden Einspruch dagegen, daß die für die Arbeitnehmer geschaffenen Versicherungen und Schutzmaßnahmen auch auf Bevölkerungskreise ausgedehnt werden, deren besondere Eigenart und Lebensbedürfnisse dadurch nicht gefördert, sondern geschädigt werden. ... Bewährte freiwillige Einrichtungen werden dadurch zerstört, die persönliche Verantwortung wird geschwächt, der Wille zur Krankheit durch Zwangsversicherung unnatürlich gezüchtet und endlich wird der lebenswichtige Berufsstand der Aerzte und sein Vertrauensverhältnis zu wertvollen Bevölkerungskreisen schwer geschädigt. Diese unheilvollen Folgen steigern sich zu einer ernsten Gefahr für den Mittelstand, für die gesamte Wirtschaft und das ganze Volksleben, wenn die Krankenversicherung und andere Zwangsversicherungen auf die wirtschaftlich selbständigen Volkskreise ausgedehnt werden. Wie jeder unnötige Eingriff der öffentlichen Hand, so schädigt auch eine sinnwidrig gestaltete und ausgedehnte Zwangsversicherung die Selbständigkeit weiter Volksschichten und damit eine unentbehrliche Schule der Verantwortung.

„Wohltat wird Plage", Der angestellte Akademiker, vom 15. 10. 28: „Bei dieser Sachlage ist es unsere Pflicht, der Regierung, den Parteien und der Oeffentlichkeit mit allem Nachdruck zu erklären, daß die akademisch gebildeten Angestellten, die durch eine Heraufsetzung der Versicherungspflichtgrenze direkt getroffen würden, eine Einbeziehung in die staatliche Krankenversicherung nicht wünschen und gegen alle darauf hinzielenden Maßnahmen stärksten Protest erheben. Die akademisch gebildeten Angestellten sehen in den Bestrebungen auf Ausdehnung des Versicherungszwanges der Krankenversicherung in erster Linie den Versuch einer bei ihnen nicht angebrachten staatlichen Bevormundung, die sie in Wahrung ihrer persönlichen Entschlußfreiheit und Selbstverantwortlichkeit entschieden ablehnen."

Verbandes Privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands (Leipziger Verband), Rechtsanwalt Dr. Teichmann, definiert das Verhältnis der privaten Krankenversicherung zur Sozialversicherung etwa folgendermaßen: „Es handelt sich bei dem Gegensatz zwischen Sozialversicherung und privater Krankenversicherung nicht etwa um zwei Konkurrenten mit gleichgerichteten Zielen, sondern es handelt sich lediglich um die Abgrenzung der einzelnen Gebiete und Aufgaben, die der eine oder der andere Zweig zu erfüllen hat. Hat die private Krankenversicherung weder die Absicht noch das Bedürfnis, die Sozialversicherung einzuengen, oder gar in ihre Gebiete einzudringen, so steht sie andererseits auf dem Standpunkt, daß sie das Versicherungsbedürfnis der zur Zeit versicherungsfreien Personenkreise in jeder Weise zu decken in der Lage ist[10]).

Auch der Geschäftsbericht 1930 des gleichen Verbandes spricht von keiner nennenswerten Verschlechterung der Beziehungen zwischen Sozialversicherung und privaten Versicherung[11]).

So dürfte demzufolge anzunehmen sein, daß beide Versicherungsträger nunmehr den Weg gefunden haben, der zur ruhigen Weiterentwicklung beider erforderlich ist, den Weg des friedlichen Nebeneinanderarbeitens.

III. Kapitel.

Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für die deutsche Volkswirtschaft.

1. Die private Krankenversicherung als Erzieherin zum volkswirtschaftlichen Denken und als Verteilungsstelle von Kapitalgütern.

Die wirtschaftliche Bedeutung jeder Versicherung und somit auch der Krankenversicherung liegt vor allem darin, daß der Versicherungsnehmer durch seine Prämienzahlung dem als Verteilungsstelle wirkenden Versicherer die Möglichkeit gibt, bei Eintritt eines Schadensfalles die vereinnahmten

[10]) Diskussionsabend d. Verb. priv. Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands über das Thema „Sozialpolitische Aufgaben d. priv. Krankenversicherung" (Deutsche Vers.-Ztg. Berlin, 71. Jahrg., Nr. 8, vom 15. April 1930, S. 103).

[11]) Verband Priv. Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig, e. V., Geschäftsber. 1930, Abs. 10).

Prämien nach dem Grade des Bedürfnisses und nicht nach dem Maße der bisherigen Bereitstellung des Einzelnen zu verteilen. Von Stellen des Ueberflusses (Versicherungsnehmer, welche die Prämien für Schadensfälle nicht benötigen), werden dadurch Güter an Stellen des Bedarfes (Versicherungsnehmer, deren Schadensfälle höher als die einbezahlten Prämien sind) geleitet. Auf diese Weise wird die sehr oft — besonders bei großen Schadensfällen — bestehende Divergenz zwischen individueller Bereitstellung und entstandenem Bedürfnis ausgeglichen. Bestünde diese Verteilungsstelle nicht, so könnte wohl derjenige, dessen Bedürfnis im Einklang mit seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit steht, dieses Bedürfnis befriedigen (derjenige mit kleinen Schadensfällen), aber der, dem ein über seine Verhältnisse hinausgehendes Bedürfnis erwächst (der Minderbemittelte mit großen Schadensfällen) kann letzteres nicht mehr decken; für ihn entsteht Verschuldungsgefahr. Durch die Versicherung wird diese Gefahr beseitigt. Dadurch, daß der Versicherte auf seine Prämien gänzlich oder teilweise verzichten muß, wenn er keine Versicherungsleistungen benötigt, setzt er die Versicherung in die Lage, diese freiwerdenden Prämien Bedürftigen zuzuwenden. Durch diese freiwillige Bereitstellung seiner Prämien zur Befriedigung anderer, fremder Bedürfnisse, gibt er einen Teil seiner Güter an seine Mitversicherten und somit an die Allgemeinheit ab und handelt nach einem wichtigen volkswirtschaftlichen Prinzip, dem bereits erwähnten Prinzip von der Verteilung der Güter von Stätten des Ueberflusses nach Stätten des Bedarfes.

Wenn es auch zumeist nur egoistische Gründe sind, die den Einzelnen veranlassen, einen Versicherungsvertrag abzuschließen, denn er will sich in erster Linie selbst vor Vermögensschaden bewahren, so wird er doch durch die unfreiwillige Wirkung seines Handelns gezwungen, im volkswirtschaftlichen Sinne zu handeln und die Versicherung, die ihn zu diesem Handeln veranlaßt, wirkt in diesem Sinne erzieherisch auf ihn ein.

Die Krankenversicherung erfüllt somit — wie jede andere Versicherung — zwei Hauptaufgaben und zwar

a) sie erzieht den Einzelnen zum volkswirtschaftlichen Denken, und

b) sie regelt die Verteilung der Kapitalgüter, indem sie diese von Stätten des Ueberflusses an Stätten des Bedarfes leitet.

2. Die Wirkung der privaten Krankenversicherung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Die weitaus bedeutsamste volkswirtschaftliche Aufgabe der privaten Krankenversicherung besteht in der Gesunderhaltung der Bevölkerung.

Da der Erfolg jeder wirtschaftlichen Tätigkeit letzten Endes vom Gesundheitszustand des Individuums abhängt, denn Arbeitswille und Arbeitsfreudigkeit, die Grundpfeiler jedes wirtschaftlichen Handelns, bedingen den Erfolg und erstere können sich nur aus dem physischen Wohlbefinden des Einzelnen entwickeln, ist es von Bedeutung, den Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht nur zu erhalten, sondern zu heben, um dadurch, die Arbeitskraft des Einzelnen zu stärken und durch diese Stärkung der Arbeitskraft wiederum die Produktion zu steigern. Infolge der permanenten Wirtschaftskrise, in der sich die deutsche Wirtschaft seit Jahren befindet, kann eine Steigerung der Produktion nur durch eine Intensivierung der Arbeitskraft erreicht werden. Diese Intensivierung der Arbeitskraft setzt jedoch eine aktive Gesundheitspolitik voraus.

Durch den Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages verliert der Einzelne die Scheu vor den finanziellen Folgen der ärztlichen Behandlung und er wird leichter und williger vorbeugende Gesundheitspflege betreiben als wenn er die Kosten selbst tragen müßte. Er wird den Arzt sofort nach Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen aufsuchen und nicht warten, bis sich die Beschwerden zur Unerträglichkeit gesteigert haben. Der Krankheitsherd, den der Arzt vorfindet, wird leichter zu bekämpfen sein, als wenn der Patient erst nach Tagen ärztliche Hilfe aufsucht. Die Folge ist schnellere Heilung, ja nicht selten ein Abklingen der ersten Krankheitssymptome. Die Behandlung selbst kann vom Arzt intensiver durchgeführt werden, denn er sieht hinter dem Patienten eine kapitalkräftige Wirtschaftsgruppe, die gleich ihm ein Interesse an einem raschen Schadensverlaufe hat und die im eigenen Interesse teuere aber wirksamere Behandlungsmethoden bewilligt, als sie der Patient aus eigenen Mitteln tragen könnte. Der Kranke aber wird durch die entstehenden Krankheitskosten nicht wirtschaftlich geschwächt, denn seine Versicherung übernimmt diese Kosten und bewahrt ihn dadurch vor Vermögensschaden.

Betrachten wir demgegenüber die Verhältnisse des Nichtversicherten. Dieser wird die Behandlung einer Erkrankung

so lange wie möglich verzögern, denn er weiß, daß ihm hieraus nicht unbedeutende Kosten erwachsen, die nicht selten sogar sein wirtschaftliches Fundament untergraben können. Die Folge davon wird sein, daß bei ihm die Krankheit ernstere Formen annehmen kann und daß sich der Gesundungsprozeß verlängert. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß der Nichtversicherte, um Kosten zu sparen, leicht veranlaßt sein kann, ihm harmlos erscheinende Krankheiten selbst durch sogenannte Hausmittel zu behandeln, und daß er dadurch ernste Leiden, die er als solche nicht erkannt hat, geradezu züchtet.

Die Krankenversicherung erhöht somit die Stabilität des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, denn einerseits verringert sie infolge der sofortigen Behandlungsmöglichkeit der Erkrankung die Krankheitsdauer und damit die Zeitspanne, während der infolge der Erkrankung die Arbeitskraft des Einzelnen für die Wirtschaft ausfällt, und andererseits kann sie durch vorbeugende Gesundheitspflege das eigentliche Entstehen eines Krankheitszustandes verhindern.

Als vorbeugende Gesundheitspflege ist in diesem Zusammenhang die sofortige Konsultierung des Arztes zu verstehen selbst dann, wenn noch keine eigentlichen Krankheitserscheinungen aufgetreten sind, um dadurch das Ausbrechen der Krankheit zu verhindern. Ein Beispiel: Bei den typischen, heute jedermann erkenntlichen, Blinddarmschmerzen, wird der Versicherte sofort bei Auftritt der ersten Schmerzen den Arzt befragen. Die sofort einsetzende ärztliche Behandlung wird in den meisten Fällen den eigentlichen Ausbruch der Blinddarmentzündung verhindern. Der Nichtversicherte wird sich zunächst fragen, was kostet der Arzt und wird sich dann entscheiden, zuerst einmal abzuwarten, ob sich die Beschwerden verstärken, um erst später den Arzt zu rufen. Die Furcht vor den finanziellen Folgen seiner Krankheit hat den Nichtversicherten warten lassen, bis es fast zu spät oder überhaupt schon zu spät war.

Jedenfalls kann kaum bezweifelt werden, daß die Krankenversicherung dazu beiträgt, die Ausfallzeit der Arbeitskraft des Einzelnen für die Wirtschaft entweder überhaupt zu beseitigen oder doch wesentlich zu verkürzen. Nur eine gesunde Bevölkerung und dadurch eine an Arbeitskräften starke Wirtschaft kann dazu beitragen, unsere Wirtschaftskrise zu beheben. Die private Krankenversicherung ist hierbei ein nicht unbedeutender Bundesgenosse.

3 .Freiwillige Spartätigkeit und Sparzwang.

Von Gegnern des Krankenversicherungsgedankens wird oft der Einwand gebraucht, daß es gleichbedeutend mit dem Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages wäre, wenn der Einzelne seine Prämien, statt sie der Versicherung zu überlassen, selbst ansammeln würde. Er hätte dadurch die Gewißheit, daß ihm sein Kapital auf jeden Fall erhalten bliebe, während es bei der Versicherung ganz oder mindestens teilweise verloren ginge, wenn er die Versicherungsleistungen nicht in Anspruch zu nehmen brauche. Ganz abgesehen davon, daß diese rein privatwirtschaftliche Denkweise, wie wir gesehen haben, dann versagen muß, wenn das durch die Erkrankung hervorgerufene Bedürfnis nach Ersatz der Krankheitskosten größer ist als die bis dahin angesammelten Mittel (Prämien), und daß ein solches Handeln eine schwere Schädigung der Mitmenschen bedeuten würde, denn nur durch die Krankenversicherung ist es möglich, den Ausgleich zwischen vorhandenen Mitteln und auftretendem Bedürfnis zu schaffen, setzt sie voraus, daß diese Spartätigkeit auch tatsächlich durchgeführt wird. Wenn man bedenkt, daß der für die private Krankenversicherung in Betracht kommende Mittelstand heute keineswegs mehr zur begüterten Bevölkerungsschicht gehört, daß sein überwiegender Teil im Höchstfalle über ein jährliches Einkommen von 3000 bis 6000 Mark verfügt, daß dieses Einkommen nahezu von den Unterhaltskosten allein schon aufgezehrt wird, daß daher eine freiwillige Spartätigkeit sehr große Anforderungen an die Willensstärke des Sparers stellt, so muß man zu dem Schluß kommen, daß es keinesfalls das gleiche ist, ob die Vorsorge für den Ersatz der Erkrankungskosten durch eigene Spartätigkeit oder durch den von der Versicherung ausgeübten Sparzwang getroffen wird. Im ersteren Falle ist es nicht nur fraglich, ob diese Spartätigkeit durchgeführt wird, sondern sie muß auch bei schweren Krankheitsfällen versagen; im letzteren Falle sichert die Versicherung nicht nur diese Spartätigkeit, sondern sie schützt auch, wenn die durch freiwillige Spartätigkeit bereitgestellten Mittel zur Deckung der Krankheitskosten nicht mehr ausgereicht hätten.

4. Der Einfluß der privaten Krankenversicherung auf die Bevölkerungspolitik.

Für die Bevölkerungspolitik könnte die private Krankenversicherung eine außerordentlich wichtige Aufgabe erfüllen,

wenn sie einen möglichst weitgehenden Versicherungsschutz bei gynäkologischen Krankheiten bieten würde.

Bekanntlich verursachen unregelmäßig verlaufende Entbindungen hohe Kosten und haben sehr oft langwierige und teuere Nachbehandlungen zur Folge. Diese Komplikationen schließen die meisten Gesellschaften von ihren Leistungen aus und vergüten insgesamt eine Pauschalsumme, die zwar bei normalen Entbindungen in der Regel genügt, bei schweren Fällen aber unzureichend ist.

Man kann darüber geteilter Meinung sein, ob die Entbindung als Krankheit im objektivem Sinne aufzufassen ist, denn hier handelt es sich weniger um einen Krankheitszustand, als um einen physiologischen Vorgang, dessen Auslösung vom subjektiven Wollen abhängt. Etwas anderes aber ist es, wenn im Zusammenhang mit diesem physiologischen Vorgang irgendwelche Erkrankungen und Komplikationen auftreten. Bei den Ortskrankenkassen und den zur Sozialversicherung gehörigen Ersatzkassen wird in solchen Fällen eine weitgehende Unterstützung gewährt. Die meisten privaten Krankenversicherungsgesellschaften kennen diese Auslegung nicht, sie schließen den Versicherungsschutz bei Schadensfällen, die im ursächlichen Zusammenhang mit einer Entbindung stehen und als Folgeerscheinungen einer solchen anzusehen sind, aus. Ein solches Vorgehen bedeutet aber eine nicht unbedeutende Gefahr für die Frau, denn in vielen Fällen unterbleibt mangels der Kostenübernahme durch die Versicherung eine ausreichende Nachbehandlung und das Ergebnis ist: Auf Lebenszeit kranke und gebärschwache, wenn nicht gar gebärunfähige Frauen. Eine Einwirkung auf die Geburtenziffer kann nicht ausbleiben. Wenn man bedenkt, wie groß an und für sich schon die Zahl der unterleibskranken und in der Gebärfähigkeit geschwächten Frauen ist, so wird man verstehen, daß es eine der Hauptpflichten einer privaten Versicherung sein muß, hier mitzuhelfen, diese Zahl zu verringern. Dies kann nur dadurch erfolgen, daß die gynäkologischen Erkrankungen in die Leistungsarten der Krankenversicherungsgesellschaften als Volleistungen und nicht wie bisher als Nebenleistungen hereingenommen werden. Der Versicherungsschutz muß in dem Maße ausreichend sein, daß durch ihn im Bedarfsfalle die Kosten gedeckt werden können. Eine Hereinnahme dieser Leistungsart wäre den Gesellschaften unschwer möglich, wenn sie auf andere, weniger wichtige Leistungen, es sei nur an das Sterbegeld oder die Vergütung der Zahnbehandlungskosten, die beide mit der

reinen Krankenversicherung nichts zu tun haben, erinnert, verzichten würden.

Hier könnte die private Krankenversicherung eine wichtige Aufgabe erfüllen.

5. Die private Krankenversicherung als Gesundheitsdienst für die Lebensversicherung.

Aufgabe der Lebensversicherung ist es, den Schaden zu ersetzen der durch den Tod eines Menschen entsteht. Dieser Schaden wird einerseits durch den Ausfall der Arbeitskraft für die Wirtschaft und andererseits durch den Verlust des Ernährers einer Familie bedingt. Im Interesse beider, der Wirtschaft sowohl als auch der Familie, liegt es daher, den Eintritt des Schadens so lange als möglich zu verhindern. Um dies zu erreichen, wird seitens der Versicherung mit allen Mitteln versucht, die Ursachen eines früheren Todes durch Unglücksfälle und Krankheiten so weit als möglich zu beseitigen. Das erstere wird durch Aufklärung über Unfallverhütung versucht, das letztere soll durch periodische Untersuchungen, die den Versicherten an Hand eines ärztlichen Befundes veranlassen sollen, rechtzeitig erkannte lebensgefährliche Krankheiten behandeln zu lassen, um dadurch die Möglichkeit eines früheren Todes herabzumindern, erreicht werden. Durch das Fehlen des Zwanges für diese periodischen Untersuchungen kann dieser Weg jedoch nur bedingten Erfolg zeitigen und wird niemals die restlose Lösung dieser Frage bringen, denn selbst, wenn sich der Versicherte einer eingehenden Untersuchung unterzieht, werden ihm in den meisten Fällen die Mittel, um eine erfolgreiche ärztliche Behandlung durchführen zu können, fehlen.

Hier müßte die Krankenversicherung einsetzen, um im Rahmen einer Verbindung von Kranken- und Lebensversicherung gewissermaßen den Gesundheitsdienst für die Lebensversicherung zu übernehmen. Sie hat durch Erfüllung ihres ursächlichsten Zweckes, der Gesunderhaltung bezw. der Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung die Aufgabe, eine Verkürzung der normalen Lebensdauer des Menschen durch Krankheit so weit als möglich zu unterbinden. Die erste Zeit dürfte ein Austauschdienst zwischen Kranken- und Lebensversicherung, der in der Weise etwa arbeiten müßte, daß der Lebensversicherung ständig der Gesundheitszustand ihrer bei der Krankenversicherung versicherten Versicherungsnehmer mitgeteilt würde, genügen, um die praktische Lösung dieses Problems zu erforschen.

Die Feststellung der Namen und Adressen der bei beiden Versicherungsarten Versicherten müßte durch einen Austausch der Versichertenlisten über die Versicherungsverbände successive erfolgen. Daß ein solcher Weg allerdings praktisch ungeheure Schwierigkeiten verursachen dürfte, soll nicht verkannt werden. Eine Unmenge Vorarbeiten würden zu erledigen sein, bis beide Versicherungsarten überhaupt der endgültigen Lösung nahekommen könnten. In der Praxis wäre diese Pionierarbeit vorerst in der Weise zu leisten, daß zunächst je eine Gesellschaft der beiden Gruppen versuchsweise diesen Austauschdienst durchführen müßte. Auch hier wäre zuerst mit den vom Tage des Austauschbeginnes an neu versicherten Personen zu beginnen, denn dieser Austausch würde weniger Schwierigkeiten bereiten, da beide Gesellschaften nur einen Durchschlag des Aufnahmeantrages anfertigen müßten, um der anderen Gesellschaft den Neuversicherten anzuzeigen. Der Austausch des alten Bestandes müßte dann successive erfolgen. Auf Grund der Erfahrungen dieser „Versuchs-Gesellschaften" könnte dann der Weg gefunden werden, um diesen Austauschdienst auf alle Gesellschaften auszudehnen.

Nach erfolgreicher Einführung dieses Austauschdienstes bezw. nach den Erfahrungen, die damit gesammelt werden, könnte dann an die endgültige Lösung dieses Problems herangegangen werden. Das Ziel muß die Verschmelzung von Kranken- und Lebensversicherung in der Weise sein, daß der Neuversicherte der Lebensversicherung entweder bereits Mitglied einer Krankenversicherung sein oder wenigstens werden müßte. An den Heilungskosten von allenfalls entstehenden schweren, lebensgefährlichen Erkrankungen hätten sich beide Versicherungsarten zu beteiligen. Damit würde einerseits das Risiko der Lebensversicherung verringert, denn dem Versicherten kann eine durchgreifende Heilbehandlung geboten werden, wodurch die Möglichkeit eines früheren Todes hinausgeschoben wird und andererseits könnte durch die finanzielle Beteiligung der Lebensversicherung an den Krankheitskosten der Versicherungsschutz der Krankenversicherung erweitert werden. Es ist fraglich, ob ein derartiges Zusammenarbeiten beider Versicherungsgruppen die Prämien verteuern würde, denn auf beiden Seiten wird zweifellos das Risiko vermindert und damit die Bedarfsprämie gesenkt. Jedenfalls aber können die Kosten dieses Zusammenarbeitens nicht so groß sein, daß sie das Problem als solches gefährden

würden. Ein sicheres Urteil darüber kann jedoch erst die Praxis bringen.

Wenn die Lösung dieses Problems auch nicht nur sehr viel guten Willen auf beiden Seiten, sondern auch nicht unerhebliche Anfangskosten verursachen wird und einer eingehenden Vorarbeit bedarf, so wäre es doch nicht nur für die private Versicherung, sondern vor allem auch für die Volkswirtschaft von derart einschneidender Bedeutung, daß es wenigstens probeweise versucht werden sollte. Es gab schon viele Probleme, es sei nur an die viel angefeindete Prämienrückerstattung, die anfangs von Praktikern abgelehnt und als undurchführbar bezeichnet wurde, erinnert, die später doch ihren Weg machten. Auch hier darf die Anfangsschwierigkeit nicht Veranlassung sein, den Versuch zu unterlassen.

Ein Versuch in dieser Hinsicht wurde bereits durch den Leipziger Verein für Lebensversicherung a. G. gemacht, der mit seiner Körperversicherung eine Verbindung zwischen Kranken- und Lebensversicherung anstrebt. Der Verein hat bisher allerdings seine Erfahrungen mit dieser neuartigen Versicherungskombination noch nicht bekanntgegeben, so daß es z. Zt. nicht möglich ist, hierdurch eine Nachprüfung der vorstehend aufgestellten Theorie vorzunehmen.

Anhang.

Tabelle A.

Verzeichnis der Gesellschaften und Versicherungsvereine[1]).

1. Allgemeine Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, Köln.
2. Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte V. a. G., Barmen.
3. Bürgerliche Versicherungs-Aktiengesellschaft (Zweigniederlassung der Hamburg-Mannheimer Versicherungs AG), Berlin.
4. Zentral-Krankenversicherungs A.G., Köln.
5. Deutsche Beamtenkrankenversicherung V. a. G., Koblenz.
6. Deutsche Kranken- und Lebensversicherung a. G. von 1869, Hamburg.
7. Deutsche Krankenversicherungs A.G., Berlin.
8. Deutscher Ring, Krankenversicherungsverein a. G., Hamburg.
9. Gilde, Versicherungs-Aktiengesellschaft, Dresden.
10. Gilde, Deutsche Versicherungs A.G., Düsseldorf.
11. Handwerkerhilfe, Südostdeutsche Versicherungs-Anstalt a. G. selbständiger Handwerker, Handels- und Gewerbetreibenden, Breslau.
12. Krankenfürsorge-Kasse des Verbandes preußischer Polizeibeamten e. V., Berlin.
13. Krankenkasse des bayer. Handwerks und Gewerbes, München.
14. Krankenkasse des kaufmännischen Vereins zu Magdeburg V. a. G.
15. Krankenkasse des Verbandes württembergischer Gewerbevereine und Handwerkervereinigungen, Stuttgart.
16. Krankenkasse des landwirtschaftlichen Hauptverbandes Württemberg und Hohenzollern, Stuttgart.
17. Krankenkasse des Vereins Merkur V. a. G., Nürnberg.
18. Krankenkasse deutscher Lehrer, Dortmund.

[1]) Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung 1931. Berlin 1931. S. 172.

19. Krankenkasse für das selbständige Handwerk und Gewerbe des Kammerbezirkes Oberschlesiens a. G., Oppeln.
20. Kranken- und Sterbekasse für selbständige Handwerker, Gewerbetreibende und Landwirte A.G., Bonn.
21. Kranken- und Sterbekasse für selbständige Handwerker, Handel- und Gewerbetreibende, Braunschweig.
22. Kranken- und Sterbekasse für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende a. G., Düsseldorf.
23. Krankenversicherungsverein für das graphische Gewerbe Deutschlands a. G., Leipzig.
24. Leipziger Verein für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe a. G., Leipzig.
25. Leipziger Verein für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe a. G., Abt.: Württembergische Privat-Krankenkasse, Stuttgart.
26. Lippische Kranken-Unterstützungskasse a. G. für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende, Detmold.
27. Mittelstandshilfe, Krankenversicherungsanstalt a. G., Berlin.
28. Nordwestdeutsche Versicherungsanstalt a. G. für Handwerk und Gewerbe, Hamburg.
29. Oeffentliche Versicherungsanstalt der sächsischen Sparkassen, Dresden.
30. Ost-West, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte V. a. G., Elberfeld.
31. Pommersche Provinzial-Lebensversicherungs-Anstalt, Stettin.
32. Provinzial-Lebensversicherungsanstalt Brandenburg, Frankfurt a. O.
33. Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G., Regensburg.
34. Salus, Gemeinnützige Krankenhauskosten-Versicherungs-A.G., Berlin.
35. Südwestdeutsche Versicherungsanstalt a. G. für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende, Frankfurt a. M.
36. Vela, Krankenhilfe Berlin.
37. Vereinigte Krankenversicherungs A.G. (vormals Gedevag, Kosmos, Selbsthilfe), Berlin.
38. Versicherungs-Anstalt a. G. für das selbständige Handwerk und Gewerbe der Provinz Pommern, Stettin.
39. Versicherungsanstalt der sächsischen Gewerbekammern a. G., Dresden.

40. Versicherungskasse der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden a. G., Köln.
41. Versicherungsanstalt des Landesverbandes der badischen Gewerbe- und Handwerkervereinigungen, Heidelberg.
42. Vohk, Versicherungsanstalt ostdeutscher Handwerkskammern V. a. G., Berlin.
43. Volksheil, Kranken-Unterstützungskasse der Naturheilbewegung, freie Vereinigung, Berlin.
44. Volkswohl, Krankenunterstützungskasse der Volksheilbewegung, freie Vereinigung, Dortmund.
45. Westdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker, Kaufleute und Gewerbetreibende a. G., Dortmund.

Tabelle B.

Verbandsgesellschaften des Verbandes der Versicherungsanstalten für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende Deutschlands e. V., Dresden (Dresdner Verband)[2]).

1. Vohk, Versicherungsanstalt ostdeutscher Handwerkskammern V. a. G., Berlin.
2. Kranken- und Sterbekasse für selbständige Handwerker, Handel- und Gewerbetreibende, Braunschweig.
3. Handwerkerhilfe Südostdeutsche Versicherungsanstalt a. G. selbständiger Handwerker, Handel- und Gewerbetreibender, Breslau.
4. Lippische Krankenunterstützungskasse a. G. für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende, Detmold.
5. Westdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker, Kaufleute und Gewerbetreibende a. G., Dortmund.
6. Versicherungsanstalt der sächsischen Gewerbekammern a. G., Dresden.
7. Kranken- und Sterbekasse für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende a. G., im Bezirk der Handwerkskammer Düsseldorf.
8. Südwestdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende a. G., Frankfurt am Main.
9. Nordwestdeutsche Versicherungsanstalt a. G. für Handwerk und Gewerbe, Hamburg.
10. Versicherungsanstalt des Landesverbandes der badischen Gewerbe- und Handwerker-Vereinigungen, Heidelberg.
11. Versicherungskasse der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden zu Köln, Köln a. Rh.
12. Krankenkasse des bayer. Handwerks und Gewerbes, Sitz München, München.
13. Krankenunterstützungskasse für selbständige Handwerker des Kammerbezirks Oppeln, Oppeln.
14. Krankenkasse des Verbandes württembergischer Gewerbe-Vereine und Handwerker-Vereinigungen, Stuttgart.
15. Versicherungsanstalt a. G. für das selbständige Handwerk und Gewerbe der Provinz Pommern, Stettin.

[2]) Neumann's Jahrbuch der Privatversicherung in Deutschland, Jahrgang 1930.

Tabelle C.

Verbandsgesellschaften des Verbandes privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V. (Leipziger Verband)[3]).

1. Allgemeine Krankenversicherungs-A.-G. Köln a. Rh.,
2. Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte V. a. G. Barmen.
3. Bürgerliche Versicherungs-Aktiengesellschaft, Berlin (Zweigniederlassung der Hamburg-Mannheimer Versicherungs-A.-G., Hamburg.)
4. Zentralkrankenversicherungs AG., Köln a. Rh.
5. Deutsche Beamtenkrankenversicherung V. a. G., Koblenz a. Rh.
6. Deutsche Krankenversicherungs AG., Berlin-Schöneberg.
7. Deutscher Ring, Krankenversicherungsverein a. G., Hamburg.
8. Gilde, Deutsche Versicherungs AG., Düsseldorf.
9. Leipziger Verein für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe a. G., Leipzig.
10. Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G., Regensburg.
11. Salus, Gemeinnützige Krankenhauskosten Versicherungs AG. Berlin.
12. Vereinigte Krankenversicherungs AG. (vorm. Gedevag, Kosmos, und Selbsthilfe) Berlin.

[3]) Verband priv. Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig, e. V.: Geschäftsbericht 1930.

Tabellen D.

Geschäftsergebnisse der Gesellschaften[4]).

[4]) Siehe: Neumann's Jahrbuch der Privatversicherung im Deutschen Reich, Berlin, Jahrgang 1927—1932.

Deutsche Versicherungszeitung, Berlin: „Die private Krankenversicherung im Jahre 1927/30" (69.—72. Jahrgang).

Geschäftsberichte der unter Tabelle A aufgeführten Gesellschaften für das Geschäftsjahr 1929, soweit solche von den Gesellschaften zur Verfügung gestellt wurden.

Abkürzungen der Namen der Gesellschaften.

Berlin	= Tabelle A. Nr. 42
Braunschweig	= Tabelle A. Nr. 21
Breslau	= Tabelle A. Nr. 11
Detmold	= Tabelle A. Nr. 26
Dortmund	= Tabelle A. Nr. 45
Dresden	= Tabelle A. Nr. 39
Düsseldorf	= Tabelle A. Nr. 22
Frankfurt a. M.	= Tabelle A. Nr. 35
Hamburg	= Tabelle A. Nr. 28
Heidelberg	= Tabelle A. Nr. 41
Köln	= Tabelle A. Nr. 40
München	= Tabelle A. Nr. 13
Oppeln	= Tabelle A. Nr. 19
Stettin	= Tabelle A. Nr. 38
Stuttgart	= Tabelle A. Nr. 15
Allgemeine Köln	= Tabelle A. Nr. 1
Barmenia	= Tabelle A. Nr. 2
Bürgerliche	= Tabelle A. Nr. 3
Zentral	= Tabelle A. Nr. 4
Debeka	= Tabelle A. Nr. 5
Deutsche AG.	= Tabelle A. Nr. 7
Deutscher Ring	= Tabelle A. Nr. 8
Gilde, Düsseldorf	= Tabelle A. Nr. 10
Leipziger Verein	= Tabelle A. Nr. 24
Regensburger	= Tabelle A. Nr. 33
Salus	= Tabelle A. Nr. 34
Vereinigte	= Tabelle A. Nr. 37
Deutsche Hamburg	= Tabelle A. Nr. 6
Kavauma	= Tabelle A. Nr. 14
Deutsche Lehrer	= Tabelle A. Nr. 18
Volkswohl	= Tabelle A. Nr. 44
Sächsische Sparkassen	= Tabelle A. Nr. 29
Landwirte Stuttgart	= Tabelle A. Nr. 16
Handwerker, Nürnberg	= Tabelle A. nicht enthalten, hat im Jahre 1929 mit München fusioniert; früherer Name „Versicherungsanstalt d. Handwerkskammer f. Mittelfranken, Nürnberg.
Wüpka, Stuttgart	= Tabelle A. Nr. 25
Gedevag	= Tabelle A. Nr. 37
Kosmos	= Tabelle A. Nr. 37
Selbsthilfe	= Tabelle A. Nr. 37

Versichertenbestand

Tabelle I

Name der Gesellschaft		Anfangsbestand						
		1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Berlin	-	131861	139680	125234	114089	112683	103679
2	Braunschweig	-	-	5574	5634	6393	7211	8095
3	Breslau	-	-	40051	21191	21296	22173	23251
4	Detmold	-	-	3234	3483	3593	3598	3528
5	Dortmund	-	253730	231776	201506	157418	146837	145251
6	Dresden	-	-	200000	200000	200000	132967	129034
7	Düsseldorf	-	-	15732	15182	15196	14969	14867
8	Frankfurt	20660	93450	91907	75000	65408	61934	59298
9	Hamburg	159207	271192	277645	264786	270152	274777	285719
10	Heidelberg	-	25323	27641	26847	27609	26465	32041
11	Köln	-	6672	7442	7623	10689	11281	11399
12	München	-	-	92711	120000	130087	125000	127674
13	Oppeln	-	1525	2179	3000	3041	2966	2508
14	Stettin	-	-	4483	6463	7295	14988	18595
15	Stuttgart	-	56070	67084	64695	64213	75681	73523
16	Verb.Dresden	179867	839823	1207139	1140644	1096479	1033530	1038462
17	Allgem.Köln	-	-	-	57000	60000	60000	62000
18	Barmenia	103438	250199	230626	230000	220000	174640	182628
19	Bürgerliche	-	-	-	40000	40000	40000	35000
20	Central	-	-	74000	50000	45000	45000	50000
21	Debeka	130835	240182	225312	226350	247689	273211	293311
22	Deutsche A.G.	-	-	-	32000	100000	150000	200000
23	Deutscher Ring	-	-	29506	81024	108638	140545	172493
24	Gilde	-	3072	5706	6948	8285	12337	15753
25	Leipziger	-	300000	360000	325671	310000	310042	327834
26	Regensburger	75400	181583	114721	78099	78099	70746	71138
27	Salus	-	4189	7000	8500	8002	8339	8743
28	Vereinigte	-	-	-	-	425000	450000	425000
29	Verb.Leipzig	309673	979225	1046871	1135592	1650713	1734860	1843900
30	Deutsche Hambg.	-	9285	9001	58000	35000	15000	15000
31	Kavauma	-	-	-	9722	10304	9418	9158
32	Deutsche Lehrer	-	-	-	70000	70000	55000	55036
33	Volkswohl	-	-	-	10000	15000	22000	30000
34	Sächs.Sparkassen	-	-	-	8861	13788	16884	19122
35	Landw.Stuttgart	-	-	-	-	-	38294	41439
36	Sonst.Gesellsch.	-	9285	9001	156583	144092	156596	169755
37	Handw.Nürnberg	-	-	15728	15703	16087	-	-
38	Wüpka Stuttgart	-	-	-	3877	5400	-	-
39	Gedevag	-	75000	130000	210000	-	-	-
40	Kosmos	-	-	-	6436	-	-	-
41	Selbsthilfe	-	326884	301816	158924	-	-	-
42	Fusionierte Ges.	-	401884	447544	394940	21487	-	-
43	G e s a m t	489540	2230217	2710555	2827759	2912771	2924986	3052117

Einnahmen und Ausgaben in 1000 Reichsmark

	Tabelle II						Tabelle III						Tabelle IV					
	Prämien						Leistungen an die Versicherten						Gesamtunkosten					
	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1925	1926	1927	1928	1929	1930
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	5228	6960	7108	6855	6807	7075	4142	5831	5792	5708	5929	5868	721	1022	914	893	1020	1040
2	-	213	314	335	360	396	-	129	196	227	260	279	-	55	69	63	61	59
3	-	-	1652	1256	1252	1311	-	-	1016	687	910	887	-	-	433	288	254	261
4	-	-	109	111	130	132	-	-	75	89	104	103	-	-	15	14	18	17
5	6227	8405	8109	8614	7897	7728	4171	6597	6373	6638	6197	5766	1440	1582	1419	1550	1588	1531
6	-	8709	8938	9146	9445	10392	-	7064	7066	7357	7935	8265	-	1331	1326	1391	1309	1518
7	-	1098	882	900	864	853	-	785	593	617	661	635	-	-	330	241	218	232
8	2160	3578	3796	3690	3399	3246	1721	3241	3363	3081	2855	2627	324	408	397	609	540	561
9	5246	8689	9346	9605	10430	11328	4107	7216	7463	7716	8618	9183	923	1353	1437	1575	1659	1833
10	-	1832	1975	1979	2042	2074	-	1589	1639	1624	1820	1834	-	235	202	253	262	257
11	-	407	454	475	506	547	-	345	391	415	440	446	-	27	43	44	54	67
12	-	4187	4404	4391	4681	5177	-	3503	4594	3660	3948	4248	-	549	500	533	583	677
13	-	62	75	93	120	139	-	48	64	78	112	109	-	9	11	11	13	19
14	-	115	232	297	370	504	-	62	132	208	295	389	-	-	41	52	68	97
15	-	2360	2667	2609	2821	2971	-	1937	2084	2225	2294	2362	-	291	362	361	385	426
16	18861	46615	50061	50356	51124	53873	14141	38347	40841	40330	42378	43001	3408	6862	7499	7878	8032	8595
17	-	1822	2386	2743	2943	3457	-	1335	1827	2105	2376	4160	-	347	446	507	551	844
18	8731	11851	11000	13080	13940	13306	7820	9398	9000	10267	10365	9600	1418	1600	2000	2250	2792	3526
19	-	1108	1236	1238	1355	1324	-	377	515	503	582	702	-	-	504	531	561	552
20	-	2140	2145	1865	1882	2409	-	1893	1564	1249	1217	2512	-	303	556	509	515	816
21	8697	11253	10836	11828	13324	15913	8000	9568	8959	9874	11590	16162	922	1178	1277	1561	1758	1843
22	-	-	797	3934	8958	11852	-	-	141	1761	3715	5947	-	-	489	1613	3423	4520
23	-	604	2913	6171	7794	9639	-	291	2012	4866	6739	10324	-	247	963	1356	1562	2382
24	291	462	574	559	1055	1312	13	84	157	228	364	520	126	236	319	314	421	512
25	4606	10882	14145	15311	16527	16926	2783	7796	11055	11731	12758	19536	2573	2450	2869	3076	3344	3426
26	4058	6569	4231	3783	3522	3536	3370	5756	3576	2725	2467	3834	1327	1417	1188	1037	940	898
27	43	81	100	81	91	91	4	8	35	44	54	47	18	34	29	24	30	35
28	-	-	-	24845	28893	28443	-	-	-	17004	19406	20372	-	-	-	4491	8468	7731
29	26426	46782	50363	85438	100284	108208	21990	36506	38841	62357	71633	93716	6384	7812	10640	17269	24365	27085
30	462	537	619	1044	1086	917	422	532	549	688	752	659	-	-	100	324	303	250
31	-	-	541	610	584	631	-	-	556	395	442	430	-	-	167	150	153	160
32	-	-	2140	2264	2400	2398	-	-	1772	1790	1959	2192	-	-	117	131	144	136
33	-	48	287	736	1070	1683	-	-	175	425	702	1034	-	-	110	270	346	537
34	-	-	271	524	704	833	-	-	85	269	426	502	-	-	77	189	211	223
35	-	-	-	-	-	883	-	-	-	-	-	737	-	-	-	-	-	126
36	462	585	3858	5178	5844	7345	422	532	3127	3567	4281	5554	-	-	571	1064	1157	1432
37	-	-	437	451	-	-	-	-	352	362	-	-	-	-	75	76	-	-
38	-	-	-	197	-	-	-	-	-	115	-	-	-	-	-	54	-	-
39	325	5788	11643	-	-	-	108	2701	6069	-	-	-	148	2073	2963	-	-	-
40	-	-	182	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	160	-	-	-
41	6327	14702	9873	-	-	-	4525	11164	6978	-	-	-	3050	4168	4196	-	-	-
42	6652	20490	22135	648	-	-	4633	13865	13402	477	-	-	3198	6241	7394	130	-	-
43	52401	114472	126417	141620	157252	169426	41186	89250	96211	106731	118292	142271	12990	20915	26104	26341	33554	37112

Reserven und ihre Gegenposten in 1000 Reichsmark

	Tabelle V						Tabelle VI						Tabelle VII						Tabelle VIII						Tabelle IX						Tabelle X					
	Schadenreserve						Freie Reserven						Aussenstände						Barbestände						Grundbesitz						Hypotheken					
	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1925	1926	1927	1928	1929	1930
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1	-	-	612	544	600	600	222	442	80	901	862	1131	-	-	-	-	93	92	282	375	813	1140	1140	1032	-	-	-	-	150	148	308	317	307	305	214	606
2	-	164	230	297	?	195	-	20	19	24	386	36	-	4	4	-	3	-	-	123	192	121	118	130	-	-	-	122	127	152	-	53	55	77	137	191
3	-	-	272	40	60	110	-	-	-	536	474	615	-	-	44	5	9	14	-	-	326	535	320	491	-	-	-	-	145	142	-	-	-	16	140	167
4	-	-	50	63	?	94	-	-	-	-	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	63	77	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	800	800	1000	1150	1150	1209	550	530	743	786	872	-	452	458	357	393	345	717	259	216	895	686	1005	220	170	444	589	700	645	257	340	204	746	937	1078
6	-	-	740	1000	1000	1000	-	770	1031	1085	1029	1042	-	87	101	102	101	115	-	242	437	309	364	300	-	-	942	1000	1000	950	-	670	719	778	654	847
7	-	-	341	329	10	18	-	-	18	34	237	247	-	-	96	72	65	68	-	-	56	71	86	86	-	-	266	274	269	269	-	-	38	36	36	35
8	92	123	118	125	152	142	-	-	46	31	31	109	42	16	46	161	85	101	29	15	48	24	70	109	-	-	-	-	-	-	49	54	93	-	54	83
9	304	220	650	800	900	1050	151	370	427	565	565	661	73	85	85	61	191	185	42	178	207	371	229	434	338	326	314	373	478	400	403	280	270	321	496	583
10	-	25	337	430	91	80	-	321	15	95	530	540	-	-	5	5	2	2	-	8	81	71	55	78	-	171	153	175	181	175	-	173	312	331	369	372
11	-	-	188	105	?	100	-	-	-	127	299	274	-	-	-	-	-	21	-	-	117	106	135	111	-	-	-	-	-	50	-	-	71	126	164	192
12	-	-	200	250	320	350	-	279	484	673	804	1184	-	-	-	73	74	107	-	119	375	494	581	769	-	160	165	209	209	205	-	134	189	218	298	485
13	-	-	20	28	?	12	-	-	-	-	26	38	-	-	-	-	-	11	-	12	20	26	27	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
14	-	-	136	171	?	192	-	-	-	15	212	20	-	-	-	-	-	-	-	-	136	102	212	260	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	-	-
15	-	187	286	530	382	394	-	-	-	61	395	614	-	130	88	47	74	40	-	156	96	424	592	842	-	-	-	-	-	-	-	-	347	120	111	126
16	396	1519	4980	5712	4665	5487	1582	2752	2650	4890	6713	7383	115	774	927	883	1090	1101	1070	1487	3170	4752	4692	5779	558	827	2284	2742	3259	3146	1017	2021	2605	3160	3612	4765
17	-	140	260	374	470	479	-	28	20	40	40	175	-	24	31	19	22	22	-	134	57	351	488	742	-	65	80	107	110	117	-	47	62	69	80	52
18	1075	-	850	850	900	904	157	750	-	-	-	-	535	310	-	-	367	315	111	222	850	-	446	769	-	-	-	-	-	-	-	-	-	850	-	-
19	-	-	-	53	?	70	-	-	-	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115	-	-
20	-	-	-	25	39	71	-	-	-	106	135	2	-	56	28	-	47	45	-	22	48	90	162	236	-	350	340	333	340	308	-	-	-	-	100	75
21	-	500	1000	1200	1200	1500	25	2	19	227	224	1545	54	147	80	10	60	136	15	190	450	904	767	2559	30	30	114	300	297	272	10	7	319	109	165	34
22	-	-	90	450	1105	1716	-	-	61	253	474	779	-	-	50	169	369	672	-	-	450	1099	1044	2273	-	-	-	-	661	1413	-	-	268	506	851	383
23	-	39	100	450	500	500	-	-	-	165	203	236	-	-	220	378	120	43	-	80	247	340	558	794	-	-	-	-	-	-	-	-	50	34	-	-
24	-	-	-	64	?	162	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	-	996	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	80	500	750	1150	1350	1875	75	350	550	1459	1200	1852	164	280	383	341	287	374	351	494	635	1025	1001	477	-	-	-	99	762	963	199	657	729	983	1081	2307
26	315	841	?	209	202	225	-	-	-	120	147	221	141	91	-	123	66	47	14	22	-	96	233	362	49	48	-	135	134	-	122	57	-	9	24	-
27	1	4	5	13	13	25	-	-	-	31	17	10	-	-	-	22	-	11	5	8	5	33	46	55	-	-	-	-	-	-	13	17	22	-	19	-
28	-	-	-	2300	2500	2500	-	-	-	575	375	441	-	-	-	1797	2860	2144	-	-	-	2436	1628	1413	-	-	-	1550	1550	1575	-	-	-	964	1198	1639
29	1471	2024	3055	7138	8279	10027	257	1130	650	3038	2815	5261	894	908	792	2859	4198	3809	496	1172	2742	6438	6373	10746	79	493	534	2524	3854	4648	244	785	1450	3639	3518	4490
30	-	-	-	-	-	84	-	-	-	-	-	118	-	-	48	-	-	50	-	-	74	-	-	22	-	-	25	-	-	50	-	-	324	-	-	80
31	-	-	-	50	-	50	-	-	-	50	-	30	-	-	-	77	-	30	-	-	-	43	-	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	-	-	474	611	-	250	-	-	-	221	1090	419	-	-	-	-	-	-	-	-	276	611	642	830	-	-	-	-	105	156	-	-	198	221	343	414
33	-	-	7	29	-	130	-	-	-	40	115	272	-	-	170	13	14	130	-	-	25	54	95	261	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	-	-	40	92	-	236	-	-	39	54	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	84	-	-	317	-	-	-	-	-	-	-	-	-	146	-	-
35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	-	-	-	-	-	53	-	-	-	-	-	151	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	-	-	521	782	-	750	-	-	39	365	1205	1000	-	-	218	90	14	263	-	-	459	708	737	1634	-	-	-	-	105	156	-	-	522	367	343	494
37	-	-	128	143	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	80	-	-
38	-	-	-	19	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-
39	15	350	900	-	-	-	-	405	283	-	-	-	104	341	1048	-	-	-	335	878	813	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	614	-	-
40	-	-	12	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	86	-	-	-	-	-	422	-	-	-	-	-	1088	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	-	2500	1160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	396	45	1712	-	-	-	29	297	600	-	-	-	140	140	-	-	-	-	563	-	-	-	-	-
42	15	2850	2200	162	-	-	-	405	299	21	-	-	500	386	2846	1	-	-	364	1175	1908	108	-	-	140	140	1088	-	-	-	563	50	662	92	-	-
43	1882	6393	10756	13794	12944	16264	1839	4287	3638	8314	10733	13644	1509	2068	4783	3833	5302	5173	1930	3834	8279	12006	11802	18159	777	1460	3906	5266	7218	7950	1824	2856	5239	7258	7473	9749

Literaturverzeichnis.

a) Nachschlagewerke, Gesetze, Verordnungen, Verträge:

Allgemeine deutsche Gebührenordnung für Aerzte. Hartmannbund. Berlin 1928.

Denkschrift über die Ausdehnung der staatlichen Krankenversicherung und ihre Folgen. Deutscher Aerzteverein e. V. und Verband der Aerzte Deutschlands, Leipzig 1928.

Gesetz zur Aenderung des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen. RGBl. Nr. 13 vom 1. 4. 1931.

Hager-Bruck: Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag. 5. Auflage, Berlin 1926.

Hager-Bruck: Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen. 3. Aufl., Berlin 1927.

Kaiserliche Verordnung betreffs des Verfahrens und den Geschäftsgang des kaiserlichen Aufsichtsamtes für Privatversicherung RGBl. 498; V. A. 02, 1.

Leitsätze zur Krankenversicherung des Mittelstandes. Verband priv. Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig, e. V., Leipzig 1929.

Manes: Versicherungslexikon, 3. Aufl., Berlin 1930.

Neumann's Jahrbuch der Privatversicherung in Deutschland. Berlin. Jahrgänge 1925—1931.

Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung. Berlin: Geschäftsberichte 1925—1929.

Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, Jahrgang 1927 bis 1930.

Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung. Berlin 1929—1930—1931.

Vereinbarung zwischen dem Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund) und dem Verband privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V. Leipzig 1927.

b) Bücher und Broschüren.

Balzer, Die Statistik bei der Privat-Krankenversicherung. Berlin 1929.

Balzer, Einwände gegen die Krankenversicherung und ihre Widerlegung durch Argumente. München 1930.

Balzer-Roetzer, Praktische Winke und Ratschläge für den Werbebeamten in der Privat-Krankenversicherung. München 1929.

Biedermann, Entwicklung und Ziele der privaten Krankenversicherung. Berlin 1928.
Lieck, Der Arzt und seine Sendung. München 1927.
Private Krankenversicherung 1927/28, Die. Berlin 1929.
Private Krankenversicherung 1929, Die. Berlin 1930.
Zillessen, Die private Krankenversicherung und ihre Beziehungen zum Arzt. München 1930.

c) Artikel.

Apelbaum, Individualversicherung. Manes Versicherungslexikon, 3. Auflage. Berlin 1930.
Bayerisches Aerztliches Korrespondenzblatt, München, Mittelstandsversicherungen, Jahrgang 1927, Nr. 20.
Mittelstandsversicherungen und ärztliche Organisation, Jahrgang 1928, Nr. 4.
Das Problem der Mittelstandskrankenversicherung, Jahrgang 1928, Nr. 51.
Vollversammlung des ärztlichen Bezirksvereins, München Stadt, Bericht über die. Jahrgang 1927, Nr. 8.
Bayerische Lehrerzeitung 1925, Mitteilungen an die Mitglieder.
Deutsche Versicherungszeitung Berlin. 69., 70., 71. u. 72. Jahrgang.
Aerzteschaft, Vertragloser Zustand zwischen dem größten Teil der privaten Krankenversicherungsgesellschaften und der. 1929, S. 19.
Aerzteschaft, Das Verhältnis der privaten Krankenversicherung zur. 1930, S. 91.
Aufsichtsbehörde, Die Aufgaben der. 1931, S. 51.
Arbeitsgemeinschaft privater Krankenversicherer gegründet, Eine. 1928, S. 175.
Aenderungen der Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der privaten Krankenversicherung. 1931, S. 62/63 und 74/75.
Beamten, Ein Kampf um die Gunst der. 1931, S. 54.
Deutscher Ring, Krankenversicherungsverein a. G., Hamburg, Aenderungen der Tarife und allgemeinen Versicherungsbedingungen beim. 1931, S. 5.
Darf man Ausspannen? 1930, S. 5.
Diagnose auf der Rechnung, Die. 1930, S. 191.
Diagnose auf der Rechnung, Eine weitere Entscheidung über die ärztliche. 1931, S. 81.
Diskussionsabend des Verbandes privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands über das Thema: Sozialpolitische Aufgaben der privaten Krankenversicherung. 1930, S. 103.

Debeka, Die Tarife R. B. und PB. der. 1930, S. 57.
Fusion, Gedevag-Kosmos. 1928, S. 73.
Hartmannbundes zur Angabe der Diagnose auf der Rechnung, Der Gesamtvorstand des. 1930, S. 138.
Normativbedingungen des Leipziger Verbandes, Die. 1929, S. 70.
Private Krankenversicherung im Jahre 1927, Die. 69. Jahrgang. 1928.
Private Krankenversicherung im Jahre 1928, Die. 70. Jahrgang 1929.
Problem der kleinen krankenversicherungsähnlichen Einrichtungen, Zum. 1930, S. 38.
Prämienrückvergütung in der Krankenversicherung dem Sinne der Versicherung, Widerspricht die. 1929, S. 132.
Polizeibeamtenkrankenversicherung schließt einen Vertrag mit dem Reichsverband deutscher Krankenkassenzahnärzte, Die. 1930, S. 276.
Reform der privaten Krankenversicherung. 1929, S. 161.
Rückwärtsversicherung und Franchise beim Leipziger Verein für Beamte und freie Berufe V. a. G. 1930, S. 242.
Tarife und Versicherungsbedingungen in der privaten Krankenversicherung, Neue. 1930, S. 16.
Vela Krankenhilfe, Krankenversicherung der Vereinigung der leitenden Angestellten, Aenderungen der Tarife der. 1930, S. 124.
Volkswohl, Krankenunterstützungskasse Dortmund, Neue Tarife der. 1930, S. 110.
Volkswohl, 1930, S. 110.
Verbandes privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V. über das Geschäftsjahr 1930, Bericht des. 1931, S. 152.
Vertretertagung der bäuerlichen Krankenkassen Deutschlands, Eine. 1929, S. 183.
Versicherungsbedingungen und Einführung neuer Tarife beim Leipziger Verein für Beamte und freie Berufe a. G., Aenderungen der Tarife und allgemeinen. 1931, S. 102.
Grünebaum, Die Diagnose auf der Rechnung. Deutsche Versicherungs-Zeitung Berlin 1930, 71. Jahrgang, Nr. 4.
Heinemann, Krankenversicherung und Wirtschaft. Deutsche Versicherungs-Zeitung Berlin, 68. Jahrgang, Nr. 18.
Kopsch, Franchise in der privaten Krankenversicherung. Neumanns Zeitschrift für Versicherungswesen, Berlin 1930, Nr. 48.

Kunz, Versicherungs-Aktiengesellschaften und Gegenseitigkeitsvereine, Halbmonatsbriefe, München 1929, S. 100.

Lindner, Körper- oder Lebensversicherung. Der Versicherungsagent, Berlin 1930, Nr. 27.

Lindner, Körper- oder Lebensversicherung, Neumann's Zeitschrift für Versicherungswesen, Berlin 1930, Nr. 43.

Nachrichtenblatt der deutschen Beamtenkrankenversicherung, Fortfall der Erstattungspflicht für Rechnungen verschiedener Aerzte. Laufende Bekanntmachung in Jahrgängen 1927—1930.

Neumann's Zeitschrift für Versicherungswesen Berlin 1930, Bedeutung und Berechtigung der sogen. Franchise in der privaten Krankenversicherung. 53. Jahrgang, Nr. 47.

Prange, Gegen die Konkurrenz der privaten Krankenversicherung. Der Versicherungspraktiker 1930, 7. Jahrgang, Nr. 11.

Private Krankenversicherung, Halbmonatsschrift München, Geschäftsergebnisse der Privatkrankenversicherung 1929, Die. Nr. 1—6.
Leipziger Verbandes, 2 Millionen Versicherte bei den Gesellschaften des. 1931, S. 41.
Umlagekrankenkassen 1931, S. 49.

Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand, Nachrichtenblatt. An unsere Mitglieder, 3. Jahrgang, Nr. 5.
Bekanntmachung 2. Jahrgang, Nr. 11.

Reichsbahnbeamten-Krankenversorgung, Bezirksleitung Frankfurt a. M. Rundschreiben an die Mitglieder vom 28. Oktober 1926.

Sachs, Arzt- und Mittelstandsversicherung, Bayer. Aerztl. Korrespondenzblatt 1928, Nr. 26.

Schneider, Aerzteschaft und private Krankenversicherung. Deutsche Versicherungs-Zeitung Berlin 1931, 72. Jahrgang, Nr. 9.

Schülke, Die berufsständischen privaten Krankenversicherungsgesellschaften im Jahre 1929, Deutsche Versicherungs-Zeitung Berlin 1931, 72. Jahrgang, Nr. 10.

Thide, Franchise in der privaten Krankenversicherung. Neumann's Zeitschrift für Versicherungswesen. Berlin 1930, Nr. 44.

Versicherungsagent Berlin, Der.
Aenderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes, Inkrafttreten der. 1931, S. 90.

Aerztlicher Liquidationen dienen, Darf die Zugehörigkeit zu einer Mittelstandsversicherung als Maßstab für die Bemessung. 1928, S. 179.
Gedevag-Kosmos übernimmt die Selbsthilfe. 1928, S. 145.

d) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Satzungen, Leistungstarife und Geschäftsberichte der Gesellschaften.

Barmenia, Versicherungsbank für Mittelstand und Beamte V. a. G. Barmen.
Allgemeine Versicherungsbedingungen vom 1. 1. 1925.
Tarife vom 1. 1. 1930.

Bayerische Beamtenkrankenkasse München.
Allgemeine Versicherungsbedingungen vom 13. 3. 1926.

Deutsche Beamtenkrankenversicherung Koblenz.
Tarif vom 1. 6. 1925, Klasse 4.
Tarif vom 1. 1. 1929, Klasse 4.
Tarif vom 1. 1. 1930.

Deutsche KrankenversicherungsA.G., Berlin.
Tarif vom 1. 1. 1929.
Tarif vom 1. 1. 1930.
Allgemeine Versicherungsbedingungen vom 1. 1. 1931.
Geschäftsberichte 1927 bis 1930.

Gilde, Deutsche Versicherungs A.G., Düsseldorf.
Tarif vom 1. 1. 1930.

Krankenkasse deutscher Lehrer, Dortmund.
Tarif vom 1. 1. 1930.

Leipziger Verein für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe. Leipzig (vormals Leipziger Fürsorge).
Geschäftsbericht 1930.

Nordwestdeutsche Versicherungsanstalt a. G., Hamburg.
Geschäftsbericht 1930.

Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt für den Mittelstand V. a. G., Regensburg.
Tarife vom 1. 1. 1924; 1. 7. 1927; 1. 1. 1929; und Tarif Z vom 1. 7. 1930.
Allgemeine Versicherungsbedingungen vom 1. 1. 1931.
Geschäftsbericht 1928 und 1930.

Salus, Gemeinnützige Krankenhauskosten-Versicherungs-A.G., Berlin.
Tarif vom 1. 1. 1929.
Geschäftsbericht 1930.

Selbsthilfe, Krankenversicherung für den Mittelstand, Breslau.
Tarife vom 1. 1. 1925 und 14. 7. 1927.

Südwestdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende, Frankfurt.
Tarif vom 1. 1. 1930.
Geschäftsbericht 1930.

Verband privater Krankenversicherungsunternehmungen Deutschlands, Sitz Leipzig e. V.
Geschäftsberichte 1927—1930.

Versicherungsanstalt des bayerischen Gewerbebundes (nunmehr Krankenkasse des bayerischen Handwerks und Gewerbes, München).
Tarife vom 1. 4. 1925; 1. 10. 1928 und 1. 1. 1930.
Geschäftsbericht 1930.

Versicherungsanstalt der sächsischen Gewerbekammern a. G.
Allgemeine Versicherungsbedingungen vom 1. 1. 1931.

Vereinigte Krankenversicherungs A.G. (vorm. Gedevag, Kosmos, Selbsthilfe).
Tarif vom 1. 1. 1929 G und K., sowie vom 1. 1. 1930.
Geschäftsberichte 1926 und 1930.

Vohk, Versicherungsanstalt ostdeutscher Handwerkskammern V. a. G., Berlin.
Tarif vom 1. 1. 1930.

Westdeutsche Versicherungsanstalt für selbständige Handwerker, Kaufleute und Gewerbetreibende a. G., Dortmund.
Tarife vom 1. 1. 1930.

Ferner: Allgemeine Versicherungsbedingungen — Leistungstarife — Geschäftsberichte von 1924—1930, der in Tabelle A (Anhang) aufgeführten Krankenversicherungsgesellschaften.

Lebenslauf.

Albrecht Balzer, geboren am 23. Juli 1899 in Regensburg, besuchte bis Juni 1917 die dortige Volksschule und Oberrealschule. Am 1. Juni 1917 wurde er zum Militärdienst eingezogen und trat beim 3. Bayer. Reserve-Feldartillerie-Regiment in Amberg ein. Am 1. Dezember 1917 wurde er zum 1. Bayer. Reserve-Feldartillerie-Regiment zur Front abgestellt. Das Regiment hatte auf die ganze Dauer des Krieges seinen Standort an der Westfront. Im Januar 1919 wurde er als Unteroffizier und Offiziersaspirant verabschiedet. Von 1919 bis 1921 studierte er an der Universität München, um im Jahre 1921 als Volontär bei der Darmstädter und Nationalbank, Filiale Regensburg, einzutreten. Bis zum Jahre 1924 war er im Bankdienst, zum Schlusse als Prokurist, tätig. Am 19. Juli 1923 verheiratete er sich. Am 15. September 1924 trat er in die Regensburger Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt V. a. G. ein, wo er zunächst als Leiter der Schadenabteilung und stellvertretender Geschäftsführer der Hauptverwaltung München bis 1. Dezember 1927 tätig war. Am 1. Dezember 1927 wurde er als Leiter der statistischen und versicherungstechnischen Abteilung nach Regensburg an die Zentrale berufen. Am 1. Februar 1930 wurde er als Sachverständiger für die private Krankenversicherung vom Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung in Berlin anerkannt und arbeitete als solcher Gutachten für die Regensburger Krankenversicherung und für die Krankenkasse des landwirtschaftlichen Hauptverbandes Württemberg und Hohenzollern, Stuttgart, aus. Außerdem war er für die Union, Versicherungsanstalt Genf, als Gutachter tätig. Von dem Aufsichtsamt für das Saargebiet in Saarlouis, sowie vom Wirtschaftsministerium in Stuttgart wurde er gleichfalls als Sachverständiger anerkannt. Am 1. August 1931 trat er als Privatsekretär des Generaldirektors bei der Westdeutschen Versicherungs-Anstalt in Dortmund ein.

Seine Studien beendete er nebenberuflich an der staatswirtschaftlichen Fakultät der Universität München mit Ablegung des Diplom-Examens für Volkswirte am 1. Oktober 1928. Von da ab war er Studierender bei der Philosophischen Fakultät der Universität Erlangen. Während seiner Studienzeit nahm er teil an den Volkswirtschaftlichen Uebungen der Professoren O. v. Zwiedineck-Südenhorst, A. Weber, H. Moeller und R. Stucken.